Rok XXXIII. Kraków 24. Lutego 1894 r. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Towarzystwa ginekol. krakowskiego dnia 7. Listopada 1893 r.

Podał

Dr. M. Cercha,

b. I-szy asystent tejże kliniki.

Jakkolwiek włókniaki zaliczamy do najczęstszych nowotworów macicy, to przecież porody powikłane ich obecnością nie należą do zjawisk częstych. A może to i dobrze, że kobiety dotknięte tem cierpieniem nie zastępują, gdyż statystyka wcale nie zachęcające przedstawia wyniki tak dla matek, jak i dla dzieci. Przeszło 52% matek a 65% dzieci (Süsserott)[1]) ginie podczas porodu lub po nim z przyczyny tego niepomyślnego powikłania. W klinice prof. Madurowicza postrzegano w przeciągu roku, zatem mniej więcej na 350 porodów dwa razy włókniaki macicy. Przypadek pierwszy tyczył się osoby w 5. miesiącu ciąży, u której po otwarciu jamy brzusznej wyłuszczono włókniak. Kobieta ta poroniła w drugim tygodniu po operacyi, poczem nastąpiło wyleczenie. Przypadek ten opisał kol. Rosner[2]) i zestawił zarazem wskazania lecznicze podczas ciąży wobec włókniaków. Drugi przypadek tyczył się rodzącej pierwiastki. Ponieważ zdaniem mojem jest on ciekawym ze względu na przebieg porodu i połogu, przeto pozwolę sobie w krótkości pomówić o powikłaniu porodu i połogu włókniakami, uwzględniając ciążę o tyle, o ile to dla wyjaśnienia jest koniecznem. Na przebieg porodu i połogu chcę szczególną zwrócić uwagę tem bardziej, że gdy lekarz praktyczny, badając ciężarną mającą włókniaki, może dłużej zastanawiać się nad sposobem ich leczenia, może nareszcie zasięgnąć rady lekarza położnika, może wreszcie ciężarną odesłać celem odpowiedniego leczenia do zakładu położniczego, to nie zawsze może to uczynić podczas porodu, jeżeli jeszcze, jak się to u nas najczęściej dzieje na prowincyi, szukają jego pomocy dopiero ówczas, gdy położna widzi, że siłami natury poród ukończyć się nie może. Wtedy już nie ma czasu na długie zastanawianie się, nie można też rodzącej w daleką puszczać podróż pod opiekę lekarza położnika, bo nieraz nie godziny, ale minuty rozstrzygają o życiu matki i dziecka; wtedy lekarz, rad nie rad, zmuszony *periculo in mora*, winien z całą rozwagą przystąpić do działania mającego przynieść ratunek matce a czasem i płodowi. Jeżeli zaś, nie znając wskazań i warunków, nie poweźmie z góry obmyślanego planu, lub licząc za wiele na siły natury, biernie się zachowa, to często mija czas niepowetowany bezpowrotnie a z nim gaśnie życie dwojga istot. Radę więc dobrą musi mieć na zawołanie; stanowczość w rozstrzygnięciu, co i jak w danym przypadku czynić wypada? Ponieważ porody w tych okolicznościach nie są czemś zwykłem, przeto i sposoby postępowania ulatują z pamięci; to też sądzę, że opisanie takiego przypadku nie minie bez korzyści dla czytających.

A więc do rzeczy! Powiedziałem na wstępie, że porody powikłane włókniakami należą do rzadkich. A dla czego tak jest? Odpowiedź na to nie trudna. Wszak włókniaki są przyczyną niepłodności, jak to twierdzą zgodnie wszyscy autorowie. Nie tylko, że mechaniczną często stanowią dla ciąży przeszkodę, bądź to, że zmieniają znacznie kształt i kierunek jamy macicy, lub sprowadzają zmianę w położeniu macicy, bądź też, że nie pozwalają swobodnie rozwijać się macicy, ale co więcej, wywołują, szczególnie włókniaki podśluzowe i miąższowe, zmiany na błonie śluzowej, których następstwem są upławy i krwotoki.

Albo też znowu małe nowotwory mogą nie zwrócić na siebie naszej uwagi podczas ciąży i porodu, nie wywierając na tę sprawę żadnego wpływu szkodliwego; ztąd też porody te mimo obecności włókniaków uważamy za prawidłowe.

---

[1]) Süsserott. Inaugur. Dissert. Rostock 1870.

[2]) Rosner Al. Przegląd lekarski Nr. 39—41 1893.

Bo też, aby ocenić wpływ szkodliwy włókniaków na ciążę, poród i połóg, nie możemy wszystkich pod jednę podciągnąć miarę, lecz musimy powiedzieć, że wpływ szkodliwy zależy od wielkości i usadowienia się włókniaka.

Nowotwory podśluzowe i miąższowe większe wpływają prawie zawsze szkodliwie na ciążę, wywołując poronienie z groźnemi następstwami. Z zestawień Tołoczynowa [1]) wynika, że w 119 przypadkach ciąży nastąpiło 21 razy poronienie, Lefour [2]) zaś podaje, że na 307 przypadków było poronień 62. To też z takimi włókniakami podczas sprawy porodowej i połogowej rzadko się spotykamy; a ponieważ chodzi mi głównie o przebieg porodu, przeto nad tym rodzajem włókniaków, które raczej w ciąży leczyć wypada, przechodzę do porządku.

Inaczej rzecz się ma z włókniakami podsurowiczymi, czyli podotrzewnowymi. Kobieta cierpiąca na nie może zastąpić, może nawet i donosić do czasu, bo guzy te, zwykle tylko szypułą z macicą połączone, o tyle tylko wpływają na rozwój ciąży, o ile zajmując miejsce w jamie brzusznej, przyczyniają się do znaczniejszego powiększenia brzucha i wywołują u ciężarnej objawy podmiotowe, jak duszność, uczucie ciężkości, utrudnienie chodu, i t. d. Ależ tak zachowują się włókniaki podotrzewnowe wychodzące z dna lub z trzonu macicy. Powiększająca się macica wypycha je ku górze, nie doznając sama wielkiej przeszkody w swym rozwoju. Mamy jednak włókniaki podsurowicze i takie, co wychodzą z tylnej ściany trzonu macicy na granicy szyi, lub też punktem ich wyjścia jest tylna ściana szyi już pod otrzewną *(fibromata retrocervicalia)*. Te zazwyczaj nie zachowują się tak obojętnie podczas ciąży a szczególniej podczas porodu i nieraz dużo kłopotu sprawiają lekarzowi a niebezpieczeństwem grożą ciężarnej, rodzącej i położnicy.

Że podczas ciąży włókniaki nawet podsurowicze, w skutek znaczniejszego dowozu materyału odżywczego do części rodnych wraz z niemi ulegają szybszemu rozrostowi, rozpulchnieniu, to nie ulega wątpliwości, ale też przez powiększenie swej objętości stają się tem groźniejsze a zwłaszcza włókniaki wychodzące z tylnej ściany macicy, lub szyi, które już we wczesnych miesiącach ciąży mogą dostać się do zatoki Douglasa pod wzgórek kości krzyżowej, uledz tam zaklinowaniu i dać powód do wystąpienia groźnych objawów, jakie towarzyszą uwięźnieniu macicy ciężarnej i wszelkim jego następstwom. Same wtedy z powodu ucisku i zmiany w krążeniu mogą ulegać przemianom wstecznym, jak zropieniu, zgorzeli, które, nawet mimo pomocy odpowiedniej, kończą się niepomyślnie dla ciężarnej. O jednej jeszcze rzeczy zapominać się nie godzi a mianowicie, że tak jak w obec innych nowotworów w jamie brzusznej, tak też i w obec włókniaków podsurowiczych, spotykamy zadrażnienie otrzewny urazowe, (*peritonitis circumscripta traumatica*), którego następstwami są zrosty między włókniakami a macicą, lub też sąsiedniemi narządami jamy brzusznej. Że te zrosty podczas ciąży mogą tamować naturalny a prawidłowy wzrost macicy a tem samem w pewnym czasie stać się przyczyną poronienia, że one podczas porodu mogą niedopuścić leczenia polegającego na odprowadzeniu guza, to zaprzeczyć się nie da; nie znalazłem jednak nigdzie wyraźnie zapisanej tej okoliczności, że zrosty świeże, albo, co najmniej, rozpulchnione podczas ciąży mogą uledz i ulegają podczas cofania się guza z zatoki Douglasa nad wchód miednicy przerwaniu, skutkiem czego powstać może do jamy brzusznej w połogu krwawienie a raczej sączenie, które wprawdzie powoli i bez objawów ostrej niedokrewności może się stać bezpośrednią przyczyną śmierci. Że tak może być rzeczywiście, to najwymowniejszym dowodem będzie przebieg połogu w naszym przypadku.

Wprawdzie rozpoznanie takich zrostów nitkowatych jest podczas porodu trudne, gdy guz duży wklinowany jest do miednicy małej, a gdyby było możliwe, niezawodnie wpływałoby na leczenie. Zawsze jednak o takiem powikłaniu pamiętać trzeba, i gdyby się po porodzie w przebiegu połogu okazało, że mamy objawy przemawiające za sączeniem się krwi do jamy brzusznej, niechże owe zrosty przerwane przyjdą nam na pamięć a zabierzemy się do takiego leczenia, które daje rękojmię najpomyślniejszego wyniku t. j. do tamowania krwotoku po otwarciu jamy brzusznej. Jeszcze raz powtórzyć muszę, że o takich zrostach i o tem, że mogą uledz przerwaniu, jakkolwiek rzadko (Süsserott [1]) przytacza w swej rozprawie jeden przypadek Robinsona), pamiętać należy.

Jeżeli włókniaki podsurowicze podczas ciąży wpływać mogą tak szkodliwie na jej przebieg, to o ileż groźniejszy wpływ wywierają one podczas sprawy porodowej? Już to nam daje dobre wyobrażenie, gdy powiem, że według Süsserotta [1]) na 147 przypadków porodowych wykonano 61 razy zabieg operacyjny, co czyni prawie $41\frac{1}{2}\%$ a przecież zabiegi operacyjne podczas porodu nie są rzeczą obojętną. Przebieg porodu zależy naturalnie od miejsca usadowienia się guza a względnie od przeszkód, jakie stawia płodowi, czy to wprost przez wywołanie mniejszego lub większego stopnia niestósunku porodowego, czy też pośrednio, wpływając niepomyślnie na siły płód wydalające.

Tak jak w ciąży guzy tkwiące wysoko, wychodzące więc z okolicy dna macicy i luźnie z nią połączone najmniej przedstawiają niebezpieczeństwa, tak samo ten rodzaj guzów najmniej obaw budzi i podczas porodu. I nie ulega wątpliwości, że są i takie przypadki, gdzie mimo włókniaków poród przebiega prawidłowo, że lekarz nawet nie domyśla się ich obecności i dopiero po porodzie, gdy powłoki brzuszne stają się wiotkie, podatne a macica pomniejszy swą objętość, ze zdziwieniem przekonywa się o ich obecności i rozmiarach i stósunku do macicy. Ależ nawet i wtedy, gdy już leży niżej i podczas czynności porodowej macicy znajduje się we wchodzie, poród może ukończyć się siłami natury. gdy skurcze macicy, pociągając ku górze dolny odcinek macicy, wraz z nim usuwają z nad wchodu włókniak, który z tym odcinkiem w ścisłym zostaje związku lub gdy część poprzedzająca płodu pod wpływem bólów porodowych, które jeszcze w razie niestósunku zwykły się potęgować, stósując się do pomniejszonych przez guz wymiarów miednicy przecież się do niej wtłacza a włókniak z wchodu do miednicy dużej wysuwa (Spiegelberg, Hecker) [2]). Jeżeli guz leży w szyi macicy lub stanowi zgrubienie jednej z warg części pochwowej, wtedy płód posuwa guz aż przed części rodne i w ten sposób toruje sobie drogę na zewnątrz;

[1]) Tołoczynow. Wien. med. Presse Nr. 30. 1869.

[2]) Lefour: Des fibromes utérines au point de vue de la grossesse. Paris 1880.

[1]) Süsserott. Inaugur. dissert. Rostock 1870.

[2]) Spiegelberg: Arch. f. Gyn. V. p. 100, Hecker. Klinik d. Geburstb. H. p. 124.

to samo dzieje się z włókniakami podśluzowymi na szypułach; jeżeli szypuła jest długa, to guz rodzi się przed częścią poprzedzającą albo nawet szypuła może się oderwać, a wtedy rodzi się naprzód guz a potem bez przeszkód i płód. Takie przypadki opisali: Ramsbotham, Dubois, Depaul. Wreszcie włókniaki szyi macicy można podczas porodu wyłuszczyć przed urodzeniem się płodu. Dowodzą tego przypadki Danyaua [1]), Langenbecka [2]) i Braxton Hicksa [3]). Włókniaki mogą też w skutek rozpulchnienia i zmięknienia, jakiego w ciąży doznają pod wpływem silnych i długo trwających skurczów macicy, uledz przypłaszczeniu i w ten sposób uczynić możliwym poród naturalny.

Dopiero co opisany a pomyślny przebieg porodu powikłanego guzami włóknistymi nie zdarza się zawsze, lecz występują podczas pracy porodowej objawy groźne, które zmuszają nas do wkroczenia czynnego. I tak, włókniaki umieszczone w miednicy małej, które zmniejszają jej wymiary, wytwarzają zawsze niestósunek porodowy; siły macicy, chcąc przezwyciężyć przeszkodę, powiększają się i albo następuje tężec macicy, albo też bóle słabną zupełnie. W obydwóch razach następstwa są znane, to jest poród wcale nie postępuje, na czem cierpi i płód i matka. Matka zginąć może jeszcze przed porodem a to wskutek ciężkiej pracy porodowej (*Simpson)* tem łatwiej, jeżeli przedtem straciła dużo krwi, lub jeżeli narażona była na zabiegi operacyjne, które w takich razach niekiedy nie wychodzą po za granicę nieudałych prób. Pęknięcia macicy zwłaszcza, że miąższ jej w sąsiedztwie włókniaków często okazuje zmiany patologiczne, nie mogą być niespodzianką a powstają w obec położeń poprzecznych płodu, do czego usposabia obecność włókniaków (Nauss 16—21% położeń poprzecznych), jeżeli operator niezręcznie lub w niewłaściwym czasie przystępuje do obrotu. Największe i najczęstsze niebezpieczeństwo grozi matce z powodu krwotoków (*D'Outrepont*), które przy włókniakach podśluzowych bywają gwałtowne; przyczyną śmierci może być niedowład lub porażenie macicy zwłaszcza, jeżeli łożysko umieszczone było w tem miejscu, gdzie się znajdował nowotwór; tu bowiem miąższ nie może kurczyć się dobrze, z naczyń łożyskowych otwartych wylewa się krew strumieniem, krwotoku opanować nie możemy a matka ginie w naszych rękach. Takie przypadki usprawiedliwiają zabieg nawet tak ciężki, jak wycięcie macicy po otwarciu jamy brzusznej, lub wyjęcie jej przez pochwę (*Martin)*. A czyż nie należy wspomnieć o wynicowaniu macicy i wynikających ztąd następstwach? Takie przypadki opisali Lambert, Oldham.

Takie to niebezpieczeństwa grożą matce podczas porodu, ale nawet z chwilą jego ukończenia lekarz nie może powiedzieć: z w y c i ę ż y ł e m! Nowe czekają w połogu niebezpieczeństwa matkę.

Osłabienie z utraty krwi podczas porodu i powtarzające się krwawienia mogą stać się przyczyną jej śmierci. Teraz już nie potrzeba dużej utraty krwi; lekarz wezwany nagle do umierającej ze zdziwieniem znajduje tylko niewielką plamę krwi na bieliźnie, ale już i ta ilość wobec znacznej poprzednio utraty wystarcza, aby wywołać objawy ostrej niedokrewności i porażenie serca. Ztąd dla lekarza nauka, że podczas połogu w takich okolicznościach trzeba oszczędzać każdej kropli krwi, bo utrata tej ilości, której u organicznie zdrowej kobiety nawet najbieglejszy lekarz nie pozna, zabija osobę niedokrewną. Rzadko tylko, ale przecież możebną jest rzeczą, że w połogu, kiedy w organizmie niewiasty odbywa się szybko zwijanie części rodnych i guzy ulegają pomniejszeniu i nie wywołują nadal żadnych przypadków. Takie przypadki, to prawdziwe białe kruki; szkoda niestety, bo to sposób idealny samoistnego uleczenia. Takie zejście opisali: Playfair i Löhlein. Tak się rzecz ma w razie guzów podśluzowych i śródmiąższowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Danyan: Gaz, d. Hôp. 42, 1851.
[2]) Langenbeck: Deutsche Klinik 1859. I.
[3]) Braxton Hicks. London obstr. Transact. XII p. 273.

II. Z pracowni Zakładu higienicznego w Krakowie.

Podał

Odon Bujwid.

Badanie próbek lodu dostarczanego do Krakowa.

Bakterye w ogólności, jak i bakterye chorobotwórcze nie giną wskutek działania ciepłoty niżej 0°; niektóre z nich zaś mogą, jak wiadomo, wytrzymać nawet bardzo silnie obniżoną. Frisch [1]) wykrył, że bakterye wąglikowe wytrzymują przez 4 godziny działanie —25,5 a przez 15 minut —111 C⁰. Prudden [2]) znalazł po 103 dniach bakterye duru brzusznego w wielkiej ilości (7300 w 1 c. sześć.) w wodzie zmięszanej z hodowlą tych bakteryj i następnie zamrożonej. Ja i Palmirski znaleźliśmy bakterye cholery w 10—15 dni po zamrożeniu przy —15—8 C⁰. Uffelmann [3]) znalazł bakterye cholery w wodzie rzecznej, zamrożonej przy 4—6 C⁰ po 20 dniach. Niektórzy badacze znajdywali w wodzie zanieczyszczonej ściekami po zamrożeniu bardzo nawet znaczne ilości bakteryj, jakkolwiek ilość ich po pewnym czasie zwykle zmniejszała się znacznie. Sądzićby można, że bakterye w razie powolnego zamarzania wody pozostają w wodzie w większej ilości, niż w lodzie, z takiej wody powstałym, podobnie jak się to dzieje z różnemi solami w wodzie rozpuszczonemi oraz z drobnemi cząstkami w niej zawieszonemi. Zamarzanie bowiem jako krystalizacya przy powolnym biegu dąży do usunięcia wszystkich materyj obcych z wnętrza kryształu. Wniosek ten znajduje potwierdzenie w wynikach badania wody wiślanej i lodu pod Krakowem. Gdy woda ta zawiera około 14—15 miligr. chlorków w litrze, lód w niej zawiera około 3 miligr. Również a nawet znacznie większem okazało się zmniejszenie liczby bakteryj wynoszące w wodzie około 600—800 w 1 c. sz., w lodzie zaś od 10—15 w równej ilości.

Kilka prób lodu poniżej wymienionych a dokonanych przeze mnie wespół z p. Maryszlerem i Birem wskazuje, że najczystszym jest lód z Wisły i Prądnika. Lód ze stawów podmiejskich jest bardzo zanieczyszczony.

Ilość badań do wysnucia stanowczych wniosków jeszcze nie wystarcza: z powodu raptownie nastałej odwilży nie mogliśmy dokonać więcej prób. W każdym razie widać, iż uzasadnionem było postanowienie komisyi sanitarnej krakowskiej dozwalające czerpać lód z Wisły powyżej ujścia ścieków i kanałów; tam bowiem jest on najczystszy.

[1]) Sitzungsberichte der Wiener Akad. der Wissensch. 1876.
[2]) Medic. Rec. 1887.
[3]) Centr. f. Bacteriol. 1893. Nr. 20. T. XIV.

Załączone zestawienie wykazuje cyfry otrzymane:

Data wykonania rozbioru w roku 1894.	Zkąd pochodzi próba	Wejrzenie wody z rozpuszczonego lodu	Ilość bakteryj w 1 c. sześc.	Chloru w litrze	Amoniak	Kwas azotowy	Mater. organ. w 1 litrze
12. Stycz.	z Wisły powyżej ścieków	optycznie czysta	15	0,003	0	bardzo drobny ślad	0,010
12. Stycz.	z Wisły w pobliżu klasztoru	optycznie czysta	10	0,003	0	0	0,0C4
28. Stycz.	z Prądnika	czysta	100	0,004	0	—	—
—	ze stawu „Dyrekcyi“	mętnawa	150	0,011	ślady	—	—
4. Lutego	z ogrodu Botanicznego	mętnawa	350	0,008	wyraź. ślady	—	—
5. Lutego	ze stawu na „Zabłociu“	mętnawa	300	0,005	—	—	—

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Doepp[1]), Mayr[2]) i Bednař[3]), lekarze żłobków dziecinnych i większych szpitali dla chorób dzieci, oświadczają się też za przeważnem pochodzeniem kiły potomstwa od ojca. Doepp, który miał sposobność spostrzegania co roku około 100 noworodków dotkniętych kiłą dziedziczną, przypisuje ostatnią nie matce, lecz ojcu; Mayr, opierając się na 51 przypadkach, stanowczo twierdzi, iż kiłę przekazuje potomstwu ojciec, matka zaś zwykle pozostaje zdrową i niezakażoną; Bednař, posługując się pocztem 99 spostrzeżeń, utrzymuje też, iż kiła potomstwa rzadko pochodzi od matki, najczęściej zaś kiłowy ojciec przekazuje potomstwu swą chorobę.

Następnie przemawiające na korzyść ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej przypadki ogłoszone zostały przez Höldera[4]) (2 przypadki), Trousseaua[5]) (kilka przypadków), C. Henniga[6]), Berthéranda[7]), Ricorda[8]), Bidarda[9]), Maisonneuva i Montaniera[10]), Faura[11]), Robina[12]), Martinezy Sancheza[13]), Triedingera[1]), Tyler Smitha[2]), Balfoura[3]), Rineckera[4]) i Zeissla[5]). Z pośród wzmiankowanych przypadków wyróżnia się opisany przez Ricorda; tyczył się on zdrowej kobiety, która spłodziła dwoje dzieci kiłowych z kochankiem, dotkniętym drugorzędną kiłą; pomimo to wraz ze swym mężem pozostało nadal zdrowi i wolni od wszelkich objawów kiły. Putegnat[6]), jakkolwiek nie przytacza żadnego przez siebie spostrzeganego przypadku, oświadcza się wszakże w następny sposób o udziale ojca w sprawie przekazywania kiły potomstwu: *la transmission de la Syphilis à l'embryon par le père, répoussée par quelques observateurs, est une chose si évidente, que la nier c'est à nos yeux nier le soleil.* Diday[7]), przypisując kile matki przeważny wpływ w sprawie dziedziczenia kiły przez potomstwo, nie zaprzecza jednak temu, iż w wielu przypadkach kiła potomstwa pochodzić może od ojca; Hecker[8]) w 15 z 17 spostrzeganych przypadków napotykał zdrowe i wolne od objawów kiły matki. Zgodnie z ostatnim twierdzą Du Meric[9]) i Vidal de Cassis[10]); z 33 przypadków kiły dziedzicznej zebranych przez Du Merica w 13 matka pozostała zupełnie zdrową; Vidal zaś utrzymuje, jakoby wpływ zakażonego kiłą nasienia na jajko do takiego stopnia był szkodliwym, iż nietylko dzieci spłodzone za pomocą takiego nasienia, lecz nawet i te dzieci, które taż sama matka spłodzi później z innym zdrowym mężczyzną, zwykły rodzić się z objawami wyraźnej kiły (*l'hérédité par l'influence*); na poparcie swego zdania przytacza Vidal jedno spostrzeżenie; dotyczy ono pewnej wdowy, która poprzednio urodziła z kiłowego ojca dziecię zakażone kiłą dziedziczną, następnie zaś, wyszedłszy powtórnie za mąż za zdrowego męża i nie przedstawiając żadnych oznak kiłowych, wydała pomimo to na świat dziecko dotknięte kiłą dziedziczną. Zdaniem Hutchinsona[11]) ojciec najwięcej bywa winowajcą kiły dziedzicznej potomstwa; obok tego matka jednak też zaraża się od płodu. Engelhardt[12]) spostrzegał przypadek tyczący się zdrowej kobiety, z którą kiłowy ojciec spłodził dziecię dotknięte kiłą dziedziczną; w krótce potem miała ona z innym zdrowym mężczyzną dzieci zdrowe i wolne od objawów kiły. E. Vidal[13]) podaje opis trzech przypadków tyczących się lekarzy, dotkniętych kiłą, u których rodziło się potomstwo z objawami kiłowymi; matki zaś pozostały zdrowemi; Von Rosen[14]), opierając się na 13 własnych spostrzeżeniach, utrzymuje, iż kiłowy ojciec często prze-

[1]) Ph. Doepp. Notizen über das kais. Findelhaus v. J. 1830/33. Medic. prakt. Abhandlungen v. deutschen, in Russland lebenden Aerzten. Hamburg. 1835.

[2]) Mayr. Erfahrungen über angeerhte Syphilis. Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Aerzte 1851. I. pag. 248—253.

[3]) Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. Wien. 1853. IV. pag. 240.

[4]) Lehrb. d. venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. pag. 299.

[5]) L'Union médicale. 1852. II. pag. 457; Gaz. des hôp. 1855. 125; L'Union médic. 1857. 45.

[6]) Schmidt's Jahrbücher. 1852. LXXVI. pag. 375.

[7]) A. Berthérand. Précis des malad. vénériennes. Strassburg. 1852. pag. 331.

[8]) Ricord's Briefe über Syphilis. Berlin, 1851. XIII. Brief. pag. 90—91.

[9]) Gazette des hôpitaux. 1853. 113.

[10]) Traité des maladies vénériennes. Paris. 1853.

[11]) Gazette des hôpitaux. 1854. 90.

[12]) Mém. de la Société de biologie. Paris. 1854.

[13]) Martinez y Sanchez. Sur la syphilis héréditaire. Thèse. Paris. 1855. pag. 30.

[1]) Zeitschr. d. Wiener Aerzte. 1856. 21. pag. 83—84.

[2]) Journal f. Kinderkrankh. 1855. XXV. pag. 98—101.

[3]) Edinhourgh medic. Journal. 1856. October.

[4]) Würzburg. Abhandlungen. 1859. IX. pag. LVII.

[5]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1859; Keyfel. Syphilis congenita in Folge paternier Infektion. Inaug. dissert. München. 1876. pag. 15.

[6]) Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris. 1854. pag. 21.

[7]) Traité de la syphilis des nouveau-nés etc. Paris 1854. p. 106.

[8]) Verhandlungen d. Gesellsch. f. Geburtshülfe in Berlin. 1855. 8.

[9]) Lancet. 1855. N. 17; Journal f. Kinderkrankh. 1856. XXVII. pag. 444.

[10]) Vidal. Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. pag. 539 i następne.

[11]) Behrend's Syphilidologie. 1860. II. pag. 264—284; Études cliniques sur certaines maladies de l'oeil et de l'oreille, consécutives à la syphilis héréditaire. Paris. 1884. Aphar. XIV. pag. 232—233.

[12]) Sitzungsber. d. Riga'schen Gesellsch. d. prakt. Aerzte 5. November 1858.

[13]) Emil Vidal, de la syphilis congénitale. Thèse. Paris. 1860. pag. 75.

[14]) W. von Rosen. On afkowmet at syfilitiske og em genesen af den medfodte syfilis. Kjobenhavn. 1859. Obs. 1—5, 19, 22, 26, 27, 39, 40, 42 et 79.

kazuje swą chorobę potomstwu, matka zaś może pozostać zdrową i nie zakażoną. Zdania te podzielają Späth i Schauenstein[1]), Schott i Widerhofer[2]), Beyrand[3]), Steffen[4]), Wagner[5]), Parker[6]) i Schüller[7]), Koebner[8]). Wagner opisał 6 tego rodzaju przypadków, Parker kilka, Steffen trzy, Koebner dwa, inni zaś wymienieni autorowie, spostrzegali po jednym przypadku; Auspitz[9]) też skłania się ku zdaniu, iż kiła potomstwa pochodzi w przeważnej ilości przypadków od ojca.

Von Baerensprung[10]) szczegółowo rozpatruje sprawę przekazywania dziedzicznego kiły i przytacza wiele spostrzeżeń, które należy uznać za przekonywające; przypisując przyczynę kiły potomstwa przeważnie chorobie matki, nie odrzuca on bynajmniej wpływu ojca w sprawie dziedziczenia kiły; w 31 przypadkach spostrzegał, iż ojciec, który przebywał kiłę na krótki czas przed zapłodnieniem matki, spładzał dzieci, dotknięte objawami kiłowymi; choroba ojca nadto udzielała się i matce, jednocześnie z jej zapłodnieniem.

Przypadki kiły dziedzicznej u dzieci pochodzących ze zdrowych matek i chorych na kiłę ojców, spostrzegali też: Lorain et Prevost[11]) (2 przypadki), De Amicis[12]) (1 przypadek), Drysdale[13]) (4 przypadki), Möhl[14]) (1 przypadek), Ritter von Rittershain[15]) (17 przypadków), Molliere[16]) (3 przypadki), Beaney[17]) (kilka przypadków), Fraenkel[18]) (13 przypadków), Diday[19]) (2 przypadki), Gauster[20]) (kilka przypadków); obok tego po jednym opisali przypadki odnośne: Richard[21]), Parrot[22]), Brébant[23]), Kjellberg[24]), Violet[25]), Woronichin[26]), i Ammon[27]). Przypadki spostrzegane przez Lorain i Prevosta i Woronichina wyróżniały się wśród innych, ponieważ tyczyły się dzieci zrodzonych ze zdrowych matek i nawiedzonych bardzo rozległemi i poważnemi zmianami kiłowemi rozmaitych organów wewnętrznych i kości; w przypadku Woronichina ojciec dziecka zmarł, przedstawiając objawy cierpienia mózgowego.

---

[1]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1859. II. pag. 16.
[2]) Tamże. 1861. IV. pag. 213 i 236.
[3]) L'Union médicale. 1862. II. 66. pag. 427.
[4]) Klinik d. Kinderkrankheiten 1862. p. u Keyfela, l. c. p. 15.
[5]) Arch. d. Heilkunde. 1863; u Keyfela l. c. pag. 15.
[6]) Medical Times and Gazette. 1863. II. 679. pag. 6—8.
[7]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1864. VII. 2. pag. 3—20.
[8]) Koebner. Klinische und exper. Mittheilungen. Berlin. 1864. pag. 130—134; XVI. u. XVII. Fälle.
[9]) Wiener medizinische Presse. 1867. 6, 7.
[10]) F. von Baerensprung. Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. pag. 28.
[11]) Gaz. médicale de Paris. 1866. 49; 1867. 4.
[12]) T. De Amicis, Storia clinica e riflessioni su di un case di sifilide ereditaria con transucissione dal pedro al feto, senza infezione della madre. Napoli 1887.
[13]) Medical Times and Gazette. 1868. I. pag. 634; Arch. of dermat. 1877 pag. 373.
[14]) Memorabilien. 1868. XIII. 2; Schmidt's Jahrb. 1869. 4. pag. 38.
[15]) Jahrb. f. Pädiatrik. 1870. 1. pag. 5.
[16]) Annales de dermatologie, 1870. II. 6, pag. 414; 1871. III. 1. pag. 28—29.
[17]) J. G. Beaney. Constitutional syphilis. Melbourne. 1872. pag. 326—327, 337—341, Cases XCVI, XCVII i XCVIII.
[18]) Archiv für Gynaekologie. 1872. V. 1. pag. 1. u. ff
[19]) Annales de dermatologie 1874. V pag. 295—296.
[20]) Memorabilien 1875. XX. 12. pag 529—541.
[21]) Léon Richard. Etude sur l'héredité dans la syphilis, etc., Thése Paris 1870. pag. 10.
[22]) Archives de physiologie. 1872. $^3/_5$.
[23]) Bullet. de la Soc. médicale de Reims. 1873. 11.
[24]) Hygiea. 1874. 5. pag. 109—110.
[25]) Violet. Étude pratique sur la syphilis infantile. Paris. 1874. pag. 40.
[26]) Jahrb. d. Kinderheilkunde. 1875. VIII. pag. 109—112.
[27]) Klinik der Wochenbetter. 1876; p. u Keyfel'a, l. c. pag. 16.

Gamberini[1]), Pick[2]), Bricard[3]), Waldeyer i Koebner[4]), Guingout[5]), Volz[6]) i Woodmann[7]) są też zdania, że kiła ojca bardzo często przekazuje się potomstwu, matka zaś może pozostać zdrową i wolną od zakażenia kiłowego. Szwedzki syfilidolog Abelin[8]), polemizując z Oewrem, znanym zwolennikiem wyłącznego udziału matki w sprawie odziedziczania kiły, przytacza 7 przypadków, w których matka pozostała zdrową, przyczyną zaś kiły dziedzicznej potomstwa była kiła ojca. Lancereaux[9]) twierdzi, iż przekazywanie kiły od rodziców potomstwu jest zawsze następstwem zakażenia jajka, lub nasienia, skutkiem czego w zarodku powstają swoiste zmiany; zdaniem jego zakażona krew matki kiłowej bynajmniej nie zaraża płodu. Wymieniony autor kilkakrotnie spostrzegał kiłę dziedziczną u dzieci, zrodzonych z takich matek, które nigdy nie przebywały kiły. Kassowitza[10]) zaliczyć należy do rzędu zdecydowanych i gorliwych zwolenników pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca; zdaniem jego znaczna ilość przypadków potwierdza mniemanie, iż kobiety zdrowe i wolne od wszelkich objawów kiły, mogą rodzić dzieci dotknięte kiłą, już to w łonie matki powstającą, lub też wkrótce po przyjściu dziecka na świat objawiającą się; uważa on za dowiedzioną możliwość przeniesienia na płód jadu kiłowego za pośrednictwem plemników ojca kiłowego. W 76 przypadkach zebranych przez Kassowitza 43 razy matka okazała się zdrową, w pozostałych zaś 33 przypadkach była dotknięta kiłą.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Zdanie sprawy z oddziału dla chorób wenerycznych i skórnych lecznicy powszechnej we Lwowie.

Podał
Dr. Leon Kossak,
lekarz ordynujący tegoż oddziału.

Idąc za przykładem zakładów leczniczych, podaję do publicznej wiadomości lekarskiej zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób wyż wymienionego oddziału. Zanim jednak przystąpię do szczegółowego zdania sprawy, uważam za właściwe poznajomić szan. kolegów chociaż pobieżnie z lecznicą we Lwowie. Już nazwa sama wskazuje, że jest instytucyą leczniczą dla chorych ambulatoryjnie leczących się, ale wyłącznie dla ubogich chorych, ze statutami potwierdzonemi przez c. k. Namiestnictwo, subwencyonowana przez Wysoki Wydział krajowy i Świetną Reprezentacyę miasta Lwowa. Instytucyę tę założyło grono lekarzy specyalistów, powodowane chęcią udzielania pomocy lekarskiej wyłącznie biednym chorym bezpłatnie i nazwało lecznicą. (Zakłady tego rodzaju a jest ich już sporo za granicą, w miastach uniwersyteckich, gdzie są kliniki — poliklinika zwane).

---

[1]) Gior. ital. d. mal. veneree. 1869. Juni. pag. 321—329.
[2]) Arch. f. Dermatologie und Syphilis. 1870. II. pag. 251.
[3]) De la transmission de la syphilis du père à l'enfant etc. Thése. Paris. 1871. pag. 10.
[4]) Virchow's Archiv. 1872. LX. pag. 365.
[5]) Gaz. des hôpitaux. 1873. 115.
[6]) Aerztliche Mittheilungen aus Baden. Karlsruhe. 1873. 7.
[7]) Edinb. medical Journal. 1874. August.
[8]) Nord. medic. Arkiv. 1872. IV. 27. pag. 1—20.
[9]) Traite hist. et pratique de la syphilis. Paris. 1874; rosyjski przekład prof. Tarnowskiego. 1876. str. 641 i 643.
[10]) Kassowitz Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1876. pag. 24 i następne.

Lekarzy ordynujących jest 25; każdy więc dział chorób zastępuje kilku lekarzy. Ordynacye odbywają się każdego dnia, wyjąwszy niedziele i święta, od 8. godziny rano do 2. po południu, we wynajętem pomieszkaniu przy ulicy Wałowej l. 15.[1]) składającem się z czterech sal ordynacyjnych, obszernej sali operacyjnej, sali posiedzeń, czytelni i biblioteki, z trzech poczekalni dla chorych i pomieszkania dla dozorcy.

Od czasu założenia lecznicy, t. j. od Maja 1886. do tej chwili, udzielono porady lekarskiej na wszystkich oddziałach przeszło s t u t y s i ę c y chorych ubogich, nie tylko więc z miasta Lwowa lecz i z okolicy. Z ksiąg wpisowych również przekonać się można, że notowane są też setki chorych, którym z przyczyny podszywania się pod ubóstwo odmówiono raz na zawsze porady lekarskiej. Tu nadmienić muszę, że chorzy z receptami z lecznicy doznają pewnych upustów i zniżeń cen leków i opatrunków, zdaje mi się, we wszystkich aptekach we Lwowie.

Z chorobami wenerycznemi i kiłowemi nie ordynowano wszystkim zgłaszającym się, gdyż stósownie do statutów wykluczeni byli stanu wolnego wyrobnicy dzienni, osoby zajęte pielęgnowaniem dzieci, sprzedażą artykułów żywności, i w ogóle ci, którzyby narazić mogli najbliższych w otoczeniu na niebezpieczeństwo udzielenia choroby zakaźnej. Wykluczone były dalej prócz zapisanych urzędownie prostytutek kobiety wolne, jakoto szwaczki, praczki, pokojówki itp. najczęstsze reprezentantki prostytucyi tajnej i główne źródło infekcyj; te odsyłano wprost do szpitala.

Pozostała tedy najuboższa klasa rzemieślników, przeważnie czeladników, krawców, szewców, murarzy, ślusarzy, stolarzy, blacharzy, dalej ubodzy oficyaliści prywatni, dozorcy, dyetaryusze i t. p.

Na oddziale wener. skórnym ordynuje prócz sprawozdawcy kol. Tatarczuch; każdy z nas po 3 razy tygodniowo i prowadzi osobne księgi wpisowe, w których są wymienione: liczba bieżąca, imię i nazwisko, wiek, mieszkanie i zatrudnienie chorego, rodzaj choroby i leczenie.

Sprawozdania osobne o chorych wenerycznych i skórnych przedkłada się za pośrednictwem fizyka miejskiego regularnie co miesiąc właściwemu wydziałowi c. k. Namiestnictwa. Również w myśl najświeższego reskryptu Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 21. Października 1893. do L. 23612. będą na przyszłość lekarze ordynujący wspomnianego oddziału zawiadamiali fizyka miasta o chorych ze świerzbem, liszajem żrącym, ze strupieniem wyłysiającym i t. p.

Sprawozdanie niniejsze obejmuje chorych: *a)* wenerycznych i kiłowych, *b)* z chorobami narządów płciowych w ogóle, *c)* z chorobami skórnemi.

Co do sprawozdania o chorobach skórnych, zwracam uwagę, że nie trzymałem się z umysłu żadnego systematu co do podziału w nim chorób; byłoby to bowiem bez celu, lecz idąc od najwyższych do najniższych liczb we frekwencyi chorych, starałem się już tem samem uwydatnić stósunek liczbowy różnych chorób, które się wydarzają w ubogiej klasie ludności.

Przedłożone sprawozdanie oddziału wenerycznego i skórnego obejmuje chorych od czasu założenia lecznicy t. j. od Maja 1886. do końca roku 1893. a liczba ich dochodzi blizko do d z i e s i ę c i u t y s i ę c y.

[1]) Zakupno własnego domu na lecznicę, jest już w projekcie.

a) Choroby wyłącznie weneryczne.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Urethritis blennorrh. acut et chron. sine compl. . . . . : .	1441	13	—	1454
Urethritis blennorrh. cum funiculitide ac epididymitide	252	—	—	252
Balanoblennorrhoea	135	—	—	135
Blennorrhoea cum cystitide	84	1	—	85
Urethrit. blennorrh. c. lymphadenitide .	67	—	—	67
Cystitis chronica post blennorrh. . .	58	—	—	58
Urethrit. blennorrh. c. prostatide chr. .	37	—	—	37
„ „ c. strictura . . .	34	—	—	34
„ „ c. abscessu periur.	24	—	—	24
„ „ c. arthritide . . .	7	—	—	7
„ „ c. endocardit. . .	2	—	—	2
Cystopyelitis p. blennorrhoeam . . .	8	—	—	8
Ulcus venereum (ulcus mol.)	381	17	—	398
Ulcus mol. c. adenitide	148	3	—	151
„ „ c. phimosi	62	—	—	62
„ „ subsq. perforat. frenuli . .	61	—	—	61
„ „ c. paraphimosi	14	—	—	14
„ „ c. gangraena	9		—	9
Chancre mixte (Rollet)	7	—	—	7
Ulcus indurat. (lueticum) initiale . .	315	47	—	362
Syphilis recens (secundaria)	357	114	—	471
„ tertiaria	106	51	—	157
„ congenita	—	—	20	20
„ haeredit. tarda	3	7	—	10
Cachexia syphilitica	2	—	—	2
Syphilophobia	18	2	—	20

b) Choroby organów płciowych w ogóle.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Balanitis	220	—	—	220
Balanopostheitis	160	—	—	160
Herpes praeputialis	142	—	—	142
Condylomata accuminata	133	4	—	137
Excoriationes ad pudenda	98	—	—	98
Pollutiones	93	—	—	93
Onania	81	—	—	81
Prostatorrhoea	36	—	—	36
Neurastenia sexualis	32	—	—	32
Varicocele.	28	—	—	28
Paraphimosis	26	—	—	26
Phimosis congenita	26	—	—	26
Ruptura frenuli	16	—	—	16
Hydrocele chron.	10	—	—	10
Spermatorrhoea	8	—	—	8
Phosphaturia	8	—	—	8
Impotentia coeundi psych. (relat.) . .	8	—	—	8
Neuralgia spermatica	5	—	—	5
Retentio urinae	4	—	—	4
Incontinentia vesicae in marantico . .	4	—	—	4
Tuberculosis testis	2	—	—	2
Neoplasma vesicae	1	—	—	1
* Observatio	14	—	—	14
Sine morbo venereo ac cutaneo . .	45	—	—	45

* Zanotowani chorzy, którzy szczególny raz jawili się w lecznicy a u których rozpoznania od razu na pewne zrobić nie było można.

c) Choroby skórne.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Eczema acut. et chron.	468	359	68	895
Scabies	398	180	165	743
Ulcera cutanea	104	82	4	190
Herpes tonsurans	77	56	14	147
Furunculosis	108	28	8	144
Psoriasis vulgaris	71	60	5	136
Pseudoerysipelas (Phlegmone)	66	63	—	129
Comedones	79	34	—	113
Puritus cutaneus	64	47	—	111
Erythema (calor., tox., traum.)	54	42	11	107
Favus	51	24	26	101
Acne vulgaris	71	26	—	97
Prurigo	42	22	26	90
Verruca	62	24	4	90
Pityriasis versicolor	38	49	—	87
Abscessus	61	20	2	83
Seborrhoea	20	17	40	77
Herpes zoster	52	19	2	73
Congelatio	43	13	13	69
Acne cachecticorum	57	10	—	67
Scrophuloderma	19	13	34	66
Pediculi pubis	66	—	—	66
Lupus vulgaris	26	28	4	58
Urticaria	36	20	—	56
Combustio	26	25	2	53
Herpes facialis	36	15	1	52
Hyperidrosis	38	14	—	52
Erythrasma	46	—	—	46
Sycosis (folliculitis barbae Köbner)	40	—	—	40
Clavi	23	16	—	39
Pediculi vestimentorum	15	17	2	34
Alopecia symptomatica	19	13	—	32
Pediculi capitis	15	12	5	32
Erysipelas	14	16	—	30
Impetigo contagiosa	15	1	8	24
Erythema exsudativum multiforme	13	10	—	23
Lupus erythematodes	12	8	—	20
Alopecia praematura	20	—	—	20
„ areata	14	4	1	19
Acne rosacea	10	9	—	19
Tylosis	14	2	—	16
Alopecia pityrodes	6	9	—	15
Exanthema post medicamenta	4	11	—	15
Sycosis parasitica (Mentagra)	14	—	—	14
Ephelides	3	11	—	14
Lichen scrophulosorum	4	4	2	10
Moluscum contagiosum	3	7	—	10
Ichthyosis	6	2	1	9
Carcinoma	5	3	—	8
Purpura scorbutica	6	1	—	7
Chloasma uterinum	—	7	—	7
Naevi	3	2	1	6
Erythema nodosum	2	3	—	5
Leucoderma acquisitum (Vitiligo)	2	3	—	5
Angioma	1	2	1	4
Atheroma	3	1	—	4
Leucopathia cong. (Albinismus part.)	1	1	2	4
Pemphigus vulg.	4	—	—	4
Ecthyma cachecticorum	—	—	3	3
Lipoma	3	—	—	3
Striae atrophicae	—	3	—	3
Lichen pilaris	—	—	2	2
Peliosis	2	—	—	2
Elephantiasis	2	—	—	2
Fibroma molluscum	2	—	—	2
Keratosis palm. et plant. pedis	2	—	—	2
Plica polonica	1	1	—	2
Rhinoscleroma	1	1	—	2
Tuberculosis cutis	1	—	1	2
Lichen ruber planus	—	2	—	2
Carbunculus	2	—	—	2
Lymphangioma	—	1	—	1
Pityriasis rubra	—	1	—	1
Epidermolysis haereditaria (Köbner)	—	1	—	1
Hypertrichosis	1	—	—	1
Xeroderma pigmentosum	—	—	1	1

Zestawienie.

Leczono mężczyzn 7401, kobiet 1725, dzieci 506. Razem 9632.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Chorych wyłącznie wenerycznych	3632	255	20	3907
Z chorobami organów płciowych	1200	4	—	1204
Z chorobami skórnemi	2569	1466	486	4521

Przedłożywszy powyższe sprawozdanie, chciałbym dać jeszcze krótki pogląd na leczenie i to wyłącznie u chorych kiłowych. Z góry spodziewać się należy, że najuboższa klasa ludności z temi chorobami, znajdująca się w okolicznościach najniekorzystniejszych tak pod względem pomieszkania, jakoteż odzienia i odżywiania się, dalej, przeważna część tych chorych mniej lub wcale nieinteligentnych, niepojmująca doniosłości swej choroby a często zadowolona już, gdy wrzód i w ogóle powstały objaw jaki pierwotny zagoi się lub wysypka na skórze zniknie, tej więc kategoryi chorzy nie chętnie lub wcale nie poddają się leczeniu środkami wewnętrznymi, leczeniu wcieraniami, kąpielami, nakadzaniami i t. p. „Chory ubogi wcierać nie ma gdzie a pigułek lub maści nie ma kupić za co“. Te słowa często słyszałem od chorych szukających pomocy lekarskiej w lecznicy. Korzystałem więc przeważnie z leczenia zapomocą wstrzykiwań rtęci i przekonałem się, że ten sposób leczenia u ambulatoryjnie leczących się, szczególnie zaś dla chorych ubogich, odpowiada najbardziej celowi i zająć powinien w terapii pierwsze miejsce przed każdym innym sposobem leczenia.

Wstrzykiwania robiłem przetworami rtęci rozpuszczalnymi i nierozpuszczalnymi a mianowicie 1) rozczynem sublimatu (Lewina) 2) rozczynem subl. (Łukasiewicza) 3) rozczynem *hydrg. succiminid. c. cocain* (Wolfa) 4) *hydrg. sozojodolico* (Schwimmera). 5) *hydrg. oxyd. flav.* (Watraszewski) 6) *calomelano* (Neisser-Balzer) 7) *hydrg. salicylico* (Szadek).

Liczba chorych, u których używałem injekcyj, wynosiła 156; z nich u 20 rozczynami rozpuszczalnymi, u 136 zaś zawiesiną przetworów nierozpuszczalnych. Razem zrobiono około 1720 infekcyj. Zalety wstrzykiwań według moich spostrzeżeń są następujące:

a) Sposób leczenia wstrzykiwaniami jest prosty, dla chorego nie uciążliwy, nie wymaga wiele zachodów w porównaniu z leczeniem innem.

b) Przy wstrzykiwaniach mniej spostrzega się przypadków ślinotoku i zapaleń jamy ust, niż przy wcieraniach.

c) Również mniej spostrzega się przypadków zboczeń ze strony przewodu pokarmowego, niż to dzieje się przy pigułkach i proszkach.

d) Ilość i rodzaj leku wprowadzamy injekcyami pewniej, łatwiej i szybciej do krwi, aniżeli wcieraniami przez skórę, lub pigułkami i proszkami, przez przewód pokarmowy.

e) Wstrzykiwania działają nie tylko rychlej, ale i energiczniej, aniżeli wcierania lub podawanie rtęci wewnętrznie.

Zdaje mi się, że spostrzeżenia moje, o ile miałem sposobność rozpatrzenia się w literaturze sobie dostępnej we właściwych pismach, co do wymienionych zalet injekcyj, nie stają w sprzeczności z spostrzeżeniami innych autorów; nie można wszakże przemilczeć różnicy, jaka zachodzi między injekcyami przetworów rozpuszczalnych a nierozpuszczalnych. Różnica ta uwydatni się najlepiej, gdy przypatrzymy się i ujemnym stronom injekcyj w ogóle, jak 1) ból 2) nacieki i ropnie, 3) zapisanych kilka przypadków, które po injekcyach zakończyły się śmiercią.

Co do pierwszego zdaje mi się, że ukłócie igłą nie będzie wchodzić w rachubę, lecz tylko ból wywołany przez wstrzyknięcie przetworu rtęci. Z przetworów nie rozpuszczalnych, które wstrzykiwałem, sprawiały ból największy sozojodolan rtęciowy i kalomel, mniejszy tlenek rtęci żółty, a najmniejszy salicylan rtęciowy.

Z przetworów rozpuszczalnych, rozczyn sublimatu (Łukasiewicza) bodaj, czy nie najdotkliwszy sprawia ból, mniej rozczyn Lewina, lecz injekcyj Lewina potrzeba co najmniej 20 i więcej, i to musi wejść również w rachubę. Najmniej bolesny rozczyn Wolfa z kokainą.

Ból jednak nie może być argumentem przeciw wstrzykiwaniom; jest bowiem objawem względnym, u jednego chorego więcej, u drugiego mniej dotkliwy, u wszystkich jednak po 3—7 dniach ustępuje prawie zupełnie.

Co do drugiej okoliczności t. j. nacieków, wiadomo najpierw, że nie zawsze powstają nacieki; wiadomo też, że mniej powstają po przetworach rtęci rozpuszczalnych, w końcu, że jeżeli powstają, to w przeważnej części ulegają wessaniu. Bardzo mała tedy ilość pozostała jeszcze, może przejść w krótkim czasie po injekcyi w ropień, lub przetwór rtęci nierozpuszczalny może otorbić się (*Kaposi*) i po pewnym czasie dopiero wywołać zboczenia i ropnie. Na szczęście i tego rodzaju przypadków spostrzegano mało. Co zaś do ropni powstałych w krótkim czasie po injekcyi, to dzięki postępowi w technice wstrzykiwań i antyseptyce dziś już o nich prawie nie słychać. Na tysiąc kilkaset injekcyj nie miałem ani razu ropnia.

Pozostała jeszcze 3. ujemna strona injekcyj a tą jest obawa z powodu zapisania kilku przypadków śmiertelnych, które istotnie, jak miecz Damoklesa wiszą nad tą metodą leczniczą.

Przypadki te aż nadto omówione w pismach zawodowych i każdy interesujący się tą sprawą wyrobił sobie zdanie o nich; ja stwierdzam tylko, że mimo ogłoszenia tych przypadków metoda ta lecznicza nie tylko, że nie ostygła, lecz przeciwnie do tego stopnia się rozszerzyła, że uzyskała sobie prawo obywatelstwa na całej kuli ziemskiej; robi się więc obecnie tyle injekcyj, jak nigdy przedtem, a mimo to już dawno nie czytałem o żadnym świeżym przypadku śmiertelnym. A gdyby nawet i wydarzył się? Czyż taki przypadek sprawiony jakiemiś nieprzewidzianemi powikłaniami może stanąć naprzeciw tysiącom i tysiącom injekcyj z dobrym skutkiem?

Skreśliwszy więc zalety i niekorzyści leczenia wstrzykiwaniami rtęci, kończę na tem niniejsze sprawozdanie, ze zamiarem podania w przyszłości wyniku tego leczenia u chorych z lecznicy, którym robiłem injekcye i którzy pozostawać będą przez czas dłuższy w mej obserwacyi.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Dr. Leon Wachholz: **O oznaczeniu wieku ze zwłok na podstawie kostnienia główki kości ramiennej.**

Oznaczenie wieku ze zwłok uważa autor za możliwe i pewne jedynie na podstawie znamion anatomicznych, pojawiających się stale w pewnym wieku w organizmie ludzkim. Najprzydatniejszym do oznaczenia wieku okazał się kościec a względnie przebieg kostnienia części składowych kośćca. Autorowie, jak Henle, Langer, Toldt i Hofmann, którzy zajmowali się temi badaniami, doszli do wcale dobrego wyniku, bo umożliwili rozpoznanie wieku ze zwłok, od 1. do 25. roku życia. W okresie od 25. do 40. roku nie znaleziono dotąd znamion, na podstawie których możnaby oznaczyć wiek ze zwłok ludzkich.

Autor zajął się badaniem przebiegu kostnienia główki kości ramiennej. Przeszukując dostępną sobie literaturę przekonał się, że prawie jedynym autorem, który zwrócił uwagę na jej zachowanie się, był Hofmann i to przy sposobności procesu Tisza-Eszlarskiego. Już dawno wykazano, że chrząstki pośrednie, oddzielające w kościach długich przyrostek od trzonu, zanikają z wiekiem; jednak co do oznaczenia jego wieku, autorowie dotąd zgodzić się nie mogli, a to jak Hofmann podaje, z powodu, że nie uwzględniali wpływów, zdaniem jego ważnych, jak płeć, narodowość, wzrost i stósunki indywidualne. Na podstawie zbadania 200 główek kości ramiennej z tyluż zwłok obojej płci, głównie w zakładach wiedeńskich, a po części w zakładach krakowskich, dochodzi autor do przekonania, że główka kości ramiennej dostarcza cennych znamion wieku a mianowicie: obecność chrząstki na zewnętrznym brzegu przekroju oznacza u ludności wiedeńskiej okres życia u mężczyzn do 16 lat, u kobiet do 14; obecność chrząstki pośredniej na przekroju oznacza u mężczyzn okres do lat 19, u kobiet do 15. Częściowo chrząstka ta utrzymuje się u mężczyzn do 21., u kobiet do 18. roku, poczem i reszta ta zanika. Utkanie kostne bywa między rokiem 15. a 16. w części przyrostkowej u obojej płci miękkie, o małych przestworach szpikowych; trzon kości przeciwnie utkany jest twardo, o przestworach szpikowych regularnych. Już od 20. roku życia utkanie to w zewnętrznej połowie przyrostka jest u obojej płci siatkowate i podobne do utkania trzonu. Między 20. a 25. rokiem u obojej płci utkanie przyrostka okazuje budowę promienistą, na co już Hofmann zwrócił uwagę. Powyżej lat 30, czasem już i wcześniej, zaciera się różnica utkania między trzonem a przyrostkiem. Około 17. roku u mężczyzn a 15. u kobiet powstaje zwykle nad chrząstką pośrednią blaszka kostna, która po zaniku chrząstki pośredniej stanowi przez szereg lat naturalną granicę między trzonem a przyrostkiem.

Różnice w zabarwieniu przyrostka a trzonu spotyka się najczęściej u obojej płci między 20. a 30. rokiem życia. Można ją jednak znaleść poniżej 20. i powyżej 30. lat. Rozszerzenie się jamy szpikowej z głębi trzonu ku górze stanowi nową a cenną cechę dla wieku od 30. do 35. roku u mężczyzn, od 28. wyżej u kobiet. U mężczyzn powyżej 35 lat sięga jama szpikowa aż do połączenia trzonu z przy-

rostkiem. Ponad to mogą służyć do ocenienia wieku jako środek pomocniczy stósunki wymiarów między szerokością a wysokością przyrostka, które w latach powyżej 30 są wyższe, niż poniżej 30, co się tłómaczy tem, że przyrostek wzrasta na szerokość ciągle z biegiem lat, na wysokość zaś tylko, dopóki istnieje chrząstka pośrednia. Cechy te odnoszą się do osób zamieszkałych w Wiedniu, których średni wzrost wynosi u mężczyzn 164 cm., u kobiet 155 cm.; dla ludności krakowskiej cechy te są o tyle różne, że całkowity zanik chrząstki pśredniej następuje nieco później i to u mężczyzn około 23., u kobiet około 19. roku. Wartość tych cech wypróbował autor na wielu przykładach, z których kilka podaje.

Co do wpływów, które działają na rozwój kośćca a tem samem i na rozwój kości ramiennej, autor uważa wpływ płci za przeważający. Nie ulega wątpliwości, że kobieta płciowo o wiele wcześniej się rozwija, niż mężczyzna. Kobieta zaś płciowo rozwinięta, musi mieć kościec przygotowany do tak ważnych czynności fizyologicznych, jakiemi są ciąża i poród a więc można powiedzieć, że rozwój płciowy i fizyczny postępują równocześnie.

Niedokształcenie części płciowych (*hypoplasia*), stanowi przyczynę wolniejszego rozwoju kośćca; przekonał się o tem już Paltauf, badając zwłoki 53-letniego pomocnika kowalskiego, którego części płciowe odpowiadały pod względem rozwoju częściom płciowym dziecka. U mężczyzny tego części przyrostkowe kości miednicy nie były jeszcze spojone z trzonami mimo późnego wieku. Autor przekonał się o tej zależności, która zdaje się, że zachodzi między rozwojem kości a części płciowych, w kilku przypadkach, odnoszących się do zwłok kobiecych.

Wpływu narodowości autor nie zdołał wykazać stanowczo; na zasadzie jednak badań innych autorów, aczkolwiek między sobą sprzecznych, nie może mu odmówić znaczenia. Badając zwłoki mieszkańców Wiednia i Krakowa, autor twierdzi stanowczo, że kostnienie u mieszkańców wiedeńskich postępuje szybciej, niż u krakowskich. U mieszkańców Wiednia różnej narodowości, jako to: niemieckiej, włoskiej, czeskiej, nie znalazł różnic w przebiegu kostnienia; nie przypisuje więc narodowości wpływu, lecz uważa wielkość miasta za decydującą a mianowicie o tyle, że o wiele więcej sposobności do wcześniejszego rozbudzenia popędu płciowego nastręcza wielkie miasto a równocześnie postępuje prędzej rozwój narządu płciowego. Ten wczesny rozwój płciowy uważa autor za jedną z głównych przyczyn, dla której u mieszkańców Wiednia wcześniej pojawiają się te same zmiany w budowie górnego odcinka kości ramiennej, niż u ludności naszej.

Z innych wpływów roztrząsa autor wady rozwojowe kośćca, w szczególności karłowatość. Autor trzyma się podziału Kundrata, który rozróżnia dwojakiego rodzaju karłowatość, mianowicie jeden rodzaj, który odznacza się prawidłowym postępem kostnienia i obejmuje przypadki nieprawidłowo małego wzrostu, jako następstwo wpływu rasy n. p. u Buszmanów, Hotentotów, szczepów Akka i Wambutti, lub jako następstwo wadliwego odżywienia, nierozwoju, wrodzonych zboczeń ośrodków nerwowych, n. p. mikrocefalii i t. d. Drugi rodzaj powstaje skutkiem zboczeń chorobowych kostnienia; tutaj oznaczenie wieku na podstawie wyżej wymienionych zmian jest niemożliwe, albowiem u karłów takich chrząstka pośrednia nie zanika do późnej starości.

W końcu autor mówi jeszcze o wpływie wzrostu i długich chorób wyniszczających. U osób wzrostu średniego kostnienie pierwej się kończy, niż u osób wzrostu wysokiego.

Co do chorób wyniszczających, n. p. przewlocznego ropienia, to zdaje się, iż one powstrzymują u osób młodych rozwój kośćca i opaźniają zanik chrząstek pośrednich, co zresztą już wynika z analogii w rozwoju paznogci, wstrzymywanym przez ciężkie choroby. (*Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie. Tom XXII. 1894*). *H. H.*

Odontologia.

J. Busch: **O torbielach zębów i ich leczeniu.**

Z trzech przypadków, które B. obserwował, dwa tyczyły się szczęki dolnej, jeden szczęki górnej. Dwa z nich są istotnie dość interesujące, trzeci liczyć można do zwykłych.

W pierwszym utworzył się guz na szczęce dolnej, który rosnąc zwolna i wśród małych tylko bólów, doszedł do wielkości pięści. Razu pewnego przy gryzieniu orzecha kokosowego chory uczuł trzask kości i ból gwałtowny. Nastąpiło złamanie szczęki z przyczyny cienkich ścian kostnych, wielkością torbiela wywołanych.

W rzędzie zębów zupełnie zdrowych, ząb drugi trzonowy szczęki dolnej po stronie lewej, przedstawiał się odmiennie i niezupełnem dokształceniem i barwą różnił się od innych. Po wyjęciu go, można było z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, ze względu na zanikłe jego korzenie, że był punktem wyjścia całego cierpienia. Nacięcie ścian torbiela i założenie szyny kauczukowej dla podtrzymania odłamków, przywróciło zdrowie choremu, który po dwóch miesiącach zakończył leczenie. Co się tyczy torbiela szczęki górnej, to ten długo uważano za ropień w jamie Highmora, wskutek czego chory niesłusznie postradał kilka zębów, a punkcye w celu rozpoznania nabawiły go mocnego zapalenia okostnej. Po wyjęciu zęba trzonowego pierwszego i nacięciu torbiela nastąpiło zupełne wyzdrowienie. B. poleca, aby w torbielach zębowych nie wycinać nigdy ścian torbiela, zadawalniając się jedynie nacięciem, wypuszczeniem treści, wyskrobaniem i wytamponowaniem gazą jodoformową. (*Aerztlicher Central-Anzeiger. Wien. 10. December 1893. Nr. 35.*

Dr. Łepkowski.

Farmakologia.

L. Stubenrauch (w Monachium): **Jodoform i jego wpływ na tkanki.**

Niewątpliwie korzystne działanie jodoformu na przebieg gojenia się niektórych ran natury zakaźnej (gruźlica), z drugiej zaś strony brak w nim, jak wykazują nowsze prace, własności przeciwpasorzytniczych, zdaje się, że przedstawiają trudne do pogodzenia ze sobą zjawiska; zbadaniem ich zajął się autor w tej pracy. Obszerną tę monografię podzielił on na 4 części: historyczną, bakteryologiczną, chemiczną i histologiczną. Pierwsza z nich streszcza odnoszące się tu prace z literatury od czasu wprowadzenia jodoformu, jako środka opatrunkowego i leczniczego do chirurgii przez Mosetiga. Drugą częścią pracy rozpoczynają się właściwe badania autora: zadaniem tej części jest sprawdzenie, o ile przetwory jodoformowe mają własności antyseptyczne w stósunku do laseczników gruźlicy. W tym celu ropnie zimne, których przyrodę gruźliczą niewątpliwie wykazano czy to przez badanie mikroskopowe ścian, czy przez szczepienie treści zwierzętom, nakłówał trójgrańcem i po dokładnem wypuszczeniu ropy napełniał mięszanką jodoformową. Po upływie pewnego czasu w różnych odstępach wydobywał strzykawką nieco treści, którą szczepił zwierzętom pod skórę lub do otrzewny. Po upływie 8—10 tygodni zwierzęta te zabijano i narządy badano dokładnie. Jako przetworu jodoformowego używał roztworu 0,5-procentowego gumy z dodaniem jodoformu 1 : 10; preparat ten uważa on za najodpowiedniejszy do swych doświadczeń, jako zawierający podstawę (*vehiculum*) roztwór gumy, nie drażniący tkanek i nie działający sam przez się szkodliwie na drobnoustroje.

Szereg w ten sposób wykonanych badań dał następujące wyniki: Laseczniki zawarte w ropniach gruźliczych rzeczywiście giną pod wpływem jodoformu, lecz wątpliwą jest rzeczą, iżby zależało to od jego swoistego działania przeciwpasorzytniczego; z większem o wiele prawdopodobieństwem sądzić należy, że główną rolę gra tu wpływ jodoformu na tkankę: pod jego działaniem warstwa ziarninowa gruźlicza, zawierająca drobnoustroje zanika, ulegając stłuszczeniu i ne-

krozie, wskutek tego laseczniki tracą swe podścielisko odżywcze i giną, w miejsce zaś wątłej warstwy ziarninowej patologicznej zaczyna bujać ziarnina zdrowa, wypełniająca powoli ropień. Zmiany więc tkankowe pod wpływem jodoformu występują tu na plan pierwszy, wywołując, jako zjawisko wtórne, śmierć laseczników wskutek zmian pożywki. Co zaś się tyczy sposobu działania jodoformu, to nie działa on ani sam przez się, jako taki, ani w postaci pary jodowej, lecz produktami swego rozkładu, których bliższem określeniem zajmuje się autor w części trzeciej. Pod względem klinicznym wysnuwa on ze spostrzeżeń swych wskazówkę praktyczną, aby po przekłuciu ropnia i wypuszczeniu ropy, zanim nastrzyknie się mięszanki jodoformowej, przedtem jamę ropnia przepłukać dokładnie płynem przeciwgnilnym, gdyż pozostające części gęste ropy bardzo długo opierają się wessaniu.

Według badań Binza i późniejszych Högyesa, jodoform rozpuszcza się w tłuszczach ustroju i krążąc w tkankach rozkłada się, uwalniając wolny jod, który z białkiem soków lub tkanek tworzy jodalbuminy. Ciekawe są nader w tej mierze badania Behringa i Ruytera. Według pierwszego z nich działanie przeciwgnilne jodoformu może nastąpić tylko po jego rozłożeniu się, w odpowiednich zatem tylko okolicznościach. Takie okoliczności w znacznym stopniu przedstawiają rany, w których odbywają się wzmożone sprawy rozkładowe. Chcąc zbadać, jakie mianowicie składniki wydzieliny ran sprawiają rozkład jodoformu, wykonał Ruyter następujące doświadczenie: Do naczynia zawierającego ropę, do której dodał pewną ilość jodoformu, wstawił on dyalizator z wodą przekroploną i umieścił wszystko w sterylizatorze. W ciągu kilku pierwszych dni można było wykazać w dyalizatorze obecność drobnoustrojów, lecz nie było żadnych połączeń jodowych; dopiero po kilku dniach zjawiły się w nim te związki jodowe, świadczące o rozpoczęciu się rozkładu jodoformu przez ropę. Ażeby dowiedzieć się, co mianowicie wywołało ten rozkład, napełnił Ruyter dyalizator w miejsce ropy surowicą krwi, zarówno z dodaniem jodoformu.

W ciągu kilku tygodni nie można było wykryć w wodzie żadnych związków jodowych, dopóki surowica krwi była zupełnie jałowa, lecz wkrótce po dodaniu do niej drobnoustrojów (*staphylococcus*, *streptococcus*) rozpoczął się rozkład jodoformu w surowicy i wytwory jego przeszły przez błonę dyalizatora do wody. Spostrzeżenia te potwierdzone dalszemi badaniami Briegera udowodniły, że w sprawie rozkładu jodoformu główną rolę grają wytwory życiowe bakteryj, ptomainy, że przytem pomiędzy niemi powstaje pewne działanie wzajemne, wskutek którego ptomainy, rozkładając jodoform, same w odpowiedni sposób łączą się z jego produktami i tracą przez to swe własności szkodliwe.

Stubenrauch badał zachowanie się jodoformu w różnych środowiskach i różnej ciepłocie i przyszedł do przekonania, iż we wszystkich używanych przetworach, czy to w wodzie, czy w glicerynie, czy w gumie, rozkłada się on dość szybko, zarówno w świetle dziennem w ciepłocie zwykłej, jak i w termostacie. O wiele szybciej odbywa się to w wysokiej temperaturze sterylizacyjnej, przyczem wywiązuje się dużo wolnego jodu a w mięszance glicerynowej więcej i prędzej, niż w innych, używanych przetworach. To nam tłómaczy te dość wybitne niekiedy zjawiska odczynu zapalnego (gorączka, obrzmienie), występujące po wstrzykiwaniach śródstawowych. Pomimo to zaleca autor użycie mięszanki glicerynowej szczególnie dla lekarzy, nie mogących z całą ścisłością przeprowadzić sterylizacyi preparatu, gdyż, jak wykazały nowsze badania, gliceryna czysta sama przez się posiada własności przeciwgnilne; nie wymaga więc tak częstego powtarzania sterylizacyi ani tak wysokiej ciepłoty.

Badania histologiczne co do działania jodoformu wykonał autor zarówno na tkankach zdrowych, jak i chorobowo zmienionych, w pierwszym rzędzie gruźliczych. Działanie to, zarówno miejscowe jak i ogólne, wyraża się w działaniu jodu na tkanki, gdyż wytwarzanie się innych produktów, jak n. p. kwas mrówkowy, któremu pod tym względem tak ważne przypisywał znaczenie Senger, jest zbyt drobne, aby można było brać je w rachubę. Następstwem więc działania jodoformu na tkankę gruczołową są zmiany wsteczne (zmętnienie i zwyrodnienie tłuszczowe) w tworach nabłonkowych (nerek i wątroby). Jeszcze większy wpływ zauważyć można w tkaninach patologicznych. W tkance gruźliczej powstrzymuje jodoform rozpad nabłonkowatych komórek i sprzyja stopniowemu przechodzeniu ich w zdrową tkankę; przeszkadza tworzeniu się komórek olbrzymich. W jamach surowiczych sprawia tworzenie się skrzepów białkowych, które w dobrych okolicznościach łatwo ulegają wessaniu, jak naprzykład w otrzewnej lub opłucnej. Jeżeli jednak wskutek złych okoliczności wessanie nie następuje rychło, to produkty rozkładu działają drażniąco na ściany, wywołują objawy zapalne, wysięk i bujanie ziarniny. Tem tłómaczy się pomyślny wpływ wstrzykiwań jodoformu w *hydrocele, struma cystica* i innych torbielach. *(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 37. str. 405. Dr. Kryński.*

Zapiski terapeutyczne.

— Na podstawie przypuszczenia profesora genueńskiego U. Mossy i L. Paolettego, że wewnętrzne użycie cukru jako podniecającego mięśnie dowolne mogłoby także działać i na mięsień maciczny, spróbował L. Bossi, docent prywatny położnictwa i ginekologii w uniwersytecie genueńskim, cukru w przypadkach osłabienia kurczów macicy podczas pracy porodowej i przekonał się, o ile można sądzić z małej jeszcze liczby spostrzeżeń, że cukier dobrze pobudza macicę do skurczów a nie ma niedogodności sporyszu i jego przetworów.

W jedenastu przypadkach gnuśności macicy podczas porodu zadano po 30 gramów cukru rozpuszczonych w 250 gramach wody i w dziesięciu z nich przekonano się o wystąpieniu dobrych i skutecznych skurczów w 25 do 45 minutach po zażyciu tudzież że nieraz kurcze te utrzymywały się aż do wyparcia płodu z macicy. W niektórych razach trzeba było z przyczyny działania niedostatecznego powtórzyć dawkę 30 gramów w godzinę po pierwszej. Kurcze wywołane przez zadanie cukru były prawidłowe a bynajmniej nie tężcowe. Jeżeli się sprawdzą te podania Bossego, zyska praktyka położnicza bardzo dogodny środek terapeutyczny, osobliwie na wsi. *(La semaine médicale. 14. Lutego 1894).*

— S. Stein, docent prywatny otologii i rynolaryngologii w uniwersytecie moskiewskim, otrzymuje bardzo pomyślne skutki terapeutyczne w cuchnącem owrzodzeniu nozdrzy *(ozaena)* z użycia kwasu trójchlorooctowego *(acidum trichloraceticum)* i w tym celu pomazuje całą błonę śluzową nozdrzy aż do jamy nosopołykowej wzmacnianym stopniowo (od 1 do 10%) roczynem kwasu trójchlorooctowego za pomocą giętkich pręcików metalowych zaopatrzonych na końcu w gałeczkę z bawełny napojoną co właśnie wymienionym płynem. Za każdem posiedzeniem, które na początku leczenia odbywa się po dwa lub trzy razy dziennie, pomazuje się błonę śluzową dopóty, dopóki nie oddali się wszystkich strupów. Gdy woń cuchnąca zniknie a twarde strupy zmiękną, wystarczy jedno pomazywanie na dzień, które powtarza się aż do zupełnego ustąpienia wszelkich przypadków chorobowych, poczem można dla wszelkiej pewności pomazywać jeszcze raz na tydzień. *(La semaine médicale 14. Lutego 1894).*

— Z uwagi tak na małą skuteczność teraźniejszej terapii, jak i na zmiany anatomiczne proponuje Helbing w Norymberdze na odmrożenie nosa i ztąd sinawą jego czerwoność użycie prądu galwanicznego i to w ten sposób, że obydwa jego bieguny przykłada do bocznych powierzchni nosa i przeprowadza przez 5 do 10 minut prąd mierny tak, by pacyent nie czuł przytem żadnych mocniejszych bólów. W ciągu takiego posiedzenia elektrycznego należy zwolna przesuwać bieguny tak, by wszystkie części odmrożonej skóry wystawić na działanie elektryczności. W razie nadzwyczajnej tkliwości skóry przykłada się biegun dodatny do kości jarzmowej *(os zygomaticum)* a biegun ujemny przesuwa powoli po

obydwóch stronach nosa. Po takiem elektryzowaniu skóra zaczerwienia się bardzo mocno, co trwa od kilku godzin do do dwóch dni. W razie użycia prądu zamocnego tworzą się pęcherzyki w skórze, które smarować należy wazeliną. Elektryzuje się co dwa lub trzy dni, kilkanaście razy, nawet nierzadko wcale i więcej, przyczem widzieć można, jak ustępuje powoli czerwoność tudzież swędzenie i pieczenie, osobliwie przy przejściu ze zimna do ciepła, o co kobietom najbardziej chodzi ze względu na bale i koncerty. *(Therapeutische Mtshefte. Styczeń 1894).*

— *Boston medical Journal* podaje za najlepszy środek do rychłego znieczulenia miejscowego, w czasie krótszym od 5 minut, rozpylanie mięszaniny z 10 części chloroformu 15 eteru i jednej części mentolu.

— Podług prof. Parkera połączenie kokainy z resorcyną (w jakim stosunku wszakże, niewiadomo) przeszkadza objawom zatrucia po użyciu mocnych rozczynów kokainy na błonę śluzową lub jamy ustnej.

— Przeciw guzkom trądzika pospolitego (*acne vulgaris*) poleca Jamieson w Edymburgu pomazywanie mięszaniną z jednej części ichtyolu a trzech części wody i zostawianie jej na miejscu, by sama wyschła.

— Jedno pomazanie olejkiem terpentynowym wystarcza, jak podaje *La Médecine moderne*, do zgubienia plam wywołanych na skórze przez łupież pstry *(pityriasis versicolor)*.

— Jako środek podniecający odżywianie ustroju w suchotach płucnych poleca Daremberg:

22) Rp.	*Calcii biphosphorici*	*10·00*
	Acidi muriatici	*3·00*
	Aquae destil.	*300·00*

MDS. Zażywać trzy razy dziennie po łyżce stołowej po jedzeniu.

(*La médecine moderne 10. Lutego 1894*).

— W przybłoniaku (*epithelioma*) radzi Brocq posypywanie wrzodu miałkim proszkiem chloranu potasowego (*kali chloricum*) a następnie opatrywanie kompresami zanurzonymi w płynie:

23) Rp.	*Kali chlorici*	*50·00*
	Resorcini puri	*5·00*
	Aquae destil.	*500·00*

lub maścią:

24) Rp.	*Resorcini*	*1·00*
	Kali chlorici	*3·00*
	Vaselini	*20·00*

VI. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

Dr. Gustaw Piotrowski.
Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Uniwersytet w Oksfordzie.

Jeśli najpierw opisałem uniwersytet w Cambridge, uczyniłem to ze względu, że nauki medyczne a właściwie przyrodnicze stoją w nim wyżej, aniżeli w Oksfordzie, któremu jednak należy się pierwszeństwo pod względem roli, jaką odgrywał i odgrywa podziś dzień w życiu społecznem, a prawdopodobnie i pod względem starożytności. Długi czas był on znacznie więcej *fashionable*, aniżeli wszechnica w Cambridge, która dopiero w ostatnich czasach zrównała się z nim. Dziś rodziny książęce i w ogóle wysoka arystokracya śle swych synów zarówno do obu uniwersytetów a w Cambridge pobierał nawet nauki i uzyskał stopień doktora Prawa Cywilnego (*D. C. L.*) zmarły niedawno przedwcześnie *Duke of Clarence*.

W baśń Alauredową, która słynnemu pod każdym względem królowi Alfredowi przypisuje założenie uniwersytetu w Oksfordzie, nikt oczywiście obecnie nie wierzy. Wielkie jest prawdopodobieństwo, że już w r. 1133 nauczał tu Robertus Pullus Teologii, a Vacarius Prawa Cywilnego, z wszelką jednak pewnością można odnieść początek uniwersytetu pod schyłek panowania Henryka II. Giraldus Cambrensis czytał tu w r. 1187 swe dzieło *Conquest of Ireland.*

Początkowo uniwersytet, jak i inne, był ściśle związany z kościołem i z łona jego wychodziły zarazem zarodki herezyi. Oksford był wskutek nauki Wycliffa dla Anglii tem, czem na stałym lądzie Paryż i Praga wskutek herezyi Gersona i Hussa.

Historya uniwersytetu w Oksfordzie jest bardzo burzliwa; ciągłe walki między studentami a mieszczaństwem *(gown and town)* prowadziły nieraz do bardzo poważnych następstw, jak n. p. wychodźstwa 3000 studentów, zwanych podówczas *Clerks* w r. 1208, za króla Jana niezbyt przychylnego uniwersytetowi. W dwadzieścia lat po tem znów rozruchy z okazyi przybycia legata papieskiego, którego nietakt wywołał burzę. Początek XIV. stulecia (1333) zaznaczony walką między Północnymi a Południowcami, do których liczyli się też studenci Walii i Irlandyi. Walka zakończyła się secesyą Północnych do Stamford, skąd dopiero powrócili na rozkaz Edwarda III. Zamieszki podobne, jakkolwiek nie w tym rozmiarze, powtarzały się bezustannie prawie do końca XV. wieku.

Już opisałem początek kolegiów. Najstarsze w Oksfordzie *Merton Coll.* powstało z końcem XIII. w.; dziś zaś liczy ich Oksford około 30. Nauka do niedawna odbywała się w ten sposób, że każde kolegium miało swych własnych nauczycieli. Dopiero w połowie tego wieku system ten zmienił się, szczególnie, gdy się rozwinęły nauki przyrodnicze a laboratorya wymagały coraz to większych nakładów. Urządzenie zresztą z małemi zmianami odpowiada temu, jakie posiadają kolegia w Cambridge. Tytuły nieco są inne. Głowa kolegium nosi różne nazwy oprócz Master, jako to: Warden, Rector, Provost, President i Principal. *Undergraduates* nazywają się tutaj Commoners. Uniwersytet liczy obecnie 8000 członków ze stopniem i 3000 studentów. Przyjmuje się uczniów na podstawie świadectwa wydanego przez Tutora kolegialnego, lub też Cenzora *noncollegiates Students.* Za egzamin wstępny służyć może albo t. w. *Matriculation Examination*, albo też *Responsions*, egzamin odpowiadający *Previous* w Cambridge, wymagany od wszystkich, którzy ubiegają się o stopień.

Rok szkolny dzieli się na 4 (względnie 5) Terms, t. j Michaelmas T. od 10. Października do 17 Grudnia, Hilary T. od 14. Stycznia do Niedzieli Palmowej, Easter T. od świąt Wielkiej Nocy do Zielonych Świąt, wreszcie Trinity T. od Zielonych Świąt do początku Lipca. Potem następuje Long.

Wydziałów jest cztery, t. j. Teologia, Prawo, Nauki Przyrodnicze wraz z Medycyną i Matematyką, w końcu Arts t. j. mniej więcej to, co nasza filozofia.

Każdy z uczniów jakiegokolwiek wydziału, który się ubiega o *Honours*, musi uzyskać stopień B. A. Potrzeba do tego mieć przynajmniej 12 terms i odbyć 3 egzamina.

Pierwszy egzamin t. j. *Responsions* odbywa się w obec 6, rok rocznie wybieranych delegatów t. j. *Masters of the Schools*. Egzamin nazywa się w języku studenckim *School. Responsions* są egzaminem częścią ustnym, częścią piśmiennym z algebry lub Euklidesa, arytmetyki, gramatyki greckiej i łacińskiej, tłómaczenia z angielskiego na łacinę i autora greckiego lub łacińskiego.

Następny egzamin nosi nazwę *First public Examination*, w języku studenckim zaś *Moderations*; odbywa się bowiem w obec 14 *Moderators*, t. j. członków delegowanych przez wspólne ciało uniwersyteckie i kolegiów. Egzamin ten ustny i piśmienny obejmuje Pismo Święte, literaturę grecką i łacińską. Kandydaci *for Honours* obowiązani są nadto do składania egzaminu z historyi literatury greckiej i łacińskiej, zasad logiki dedukcyjnej i filologii porównawczej.

Ostatni egzamin, t. j. *Second Public Examination* jest już specyalny. Odbywa się ustnie i piśmiennie w obec 46 publicznych egzaminatorów. Zwykły egzamin (*Pass School*) z nauk przyrodniczych obejmuje zasady geometryi wraz z trygonometryą, zasady matematycznej mechaniki, zasady chemii, zasady fizyki. Z chemii odbywa się też praktyczny egzamin.

Honours School of Natural Science składa się z dwóch egzaminów, t. j. *A Preliminary Ex.* i *A Final Honour Ex.* Pierwszy obejmuje fizykę i mechanikę w obszernym zakresie, chemię, przyczem praktyczna część składa się z otrzymywania najgłówniejszych związków, tudzież analizy jakościowej, nieorganicznej soli, dalej fizyologię zwierząt w dość szczupłym zakresie, morfologię zwierzęcą i botanikę.

Drugi egzamin obejmuje sześć głównych przedmiotów, t. j. fizykę, chemię, geologię, fizyologię i morfologię zwierząt, wreszcie botanikę. Dodatkowo wybiera się też jeden z następnych przedmiotów: krystalografia, mineralogia, antropologia, praktyczna astronomia. Wszystkie te przedmioty są traktowane obszerniej, aniżeli w *Prelim. Ex.* Przy egzaminie praktycznym z chemii wymaga się otrzymywania różnych związków, analizy jakościowej i ilościowej nieorganicznej, tudzież elementarnej analizy organicznej (spalań). Egzamin z fizyologii jest również częścią praktyczny, mianowicie z metod chemicznych, fizycznych i histologicznych. Kandydat musi wykazać i objaśnić własności białek, krwi, mleka, fermentów, żółci, wątroby i moczu.

Fizyczna część obejmuje metody badań fizyologii mięśni i nerwów, jak oddziaływanie i elastyczność mięśni w spoczynku i pracy, zmiany w temperaturze podczas skurczu, najważniejsze podniety, badanie serca, przedewszystkiem zaś jego unerwienie, oraz wpływ krążenia w niem odżywczych soków, wreszcie metody badania zjawisk krążenia i oddychania na człowieku. Przy egzaminie z histologii musi kandydat badać własności żyjącego pierwoszcza (protoplasmy), umieć odłączać i barwić z osobna pierwoszcza tkanin, robić preparaty z różnych narządów i ustalać je. Egzamin więc jest bardzo obszerny, szczególnie pod względem praktycznym.

Kandydat otrzymuje po złożeniu tych egzaminów tytuł *B. A.* bez Aktu, po 27 termach zaś i pewnej opłacie tytuł *M. A.* bez żadnych już egzaminów.

Przejdę z kolei do stopni lekarskich. Aby otrzymać stopień, *B. M.*, trzeba się wykazać 26 Terms studyów lekarskich, oraz egzaminami dla *B. A.*, poczem składa się dwa specyalne egzamina. P i e r w s z y z nich obejmuje c h e m i ę o r g a n i c z n ą w związku z f i z y o l o g i ą i m e d y c y n ą, a n a t o m i ę i f i z y o l o g i ę c z ł o w i e k a. Od chemii i fizyologii zwolnieni są kandydaci, którzy składali te przedmioty przy egzaminach dla *B. A.* i to *for Honours*.

D r u g i e g z a m i n obejmuje m e d y c y n ę wewnętrzną, c h i r u r g i ę, a k u s z e r y ę, p a t o l o g i ę, m e d y c y n ę s ą d o w ą wraz z h i g i e n ą, f a r m a k o l o g i ę i f a r m a c y ę.

Stopień D o k t o r a uzyskuje się, mając poprzednie egzamina w 39 terms i po napisaniu rozprawy z jakiejś gałęzi medycyny czysto praktycznej, czy też teoretycznej. Rozprawa ta musi zyskać aprobatę od tych profesorów wydziału i egzaminatorów, w których przedmiocie była napisana, w końcu zaś królewskiego profesora medycyny (*Regius prof.*), który wyznacza dzień publicznego czytania, lub też od niego zwalnia.

Chirurgia tworzy niejako subfakultet wydziału lekarskiego. Stopień *Bechelor of surgery* (*B. Ch.*) otrzymać może każdy po złożeniu egzaminów dla *B. M.* O tytuł *Master of Surgery* (*M. Ch.*), ubiegać się można w 27 terms po imatrykulacyi. Trzeba przytem złożyć oprócz poprzednich egzamin specyalny z c h i r u r g i i, a n a t o m i i c h i r u r g i c z n e j i o p e r a c y j.

Po za wymienionymi egzaminami składać też można w pewnych celach, jak dla służby rządowej, z higieny zastósowanej, czyli z t. zw. *Preventiv Medicine and Public Health*. Do tego egzaminu przypuszczeni są tylko ci, którzy posiadają tytuł *B. M.*, poczem otrzymują świadectwo uzdolnienia w tym względzie.

S z k o ł y l e k a r s k i e w L o n d y n i e.

Jak już powiedziałem, *University of London* nie jest właściwie uniwersytetem, a więc szkołą, lecz ciałem egzaminującem. Nauki lekarskie odbywają się w szkołach przy szpitalach a mianowicie w *St. Bartholomew's Hospital and College, Charing Cross Hosp. and College, St. Georges Hosp. Guy's Hosp., King's College and Hosp., London Hospital and College, St. Mary's Hosp., Middlesex Hosp., St. Thomas's Hosp. and School, University College and Hosp., Westminster Hosp.* Nazwa *College* połączona z *King's* i *University*, nie oznacza bynajmniej, że panuje tam system kolegialny, jak w Cambridge i Oksfordzie. Kolegiów w tem znaczeniu nie ma w Londynie. Są wprawdzie t. zw. kolegia przy pewnych szpitalach, jak *St. Bartholomew's* lub *Guy's Hosp.* (wym. Gais), lecz są to właściwie jakby hotele stworzone dla dogodności studentów w tych olbrzymich zakładach, z których pewne, jak n. p. *St. Bartholomew's* stanowią odrębną dla siebie parafię. W kolegiach tych rygor nie jest większy, aniżeli w prywatnych pensyonatach (*Boarding Houses*). Niewolno bez pozwolenia przełożonego trzymać psów, fortepianów, tej plagi naszego systemu mieszkań, nie wolno podnajmywać pokoi, wreszcie wbijać gwoździ w ściany, jak to statut opiewa. Student mieszkający w kolegium może tam otrzymywać także i wikt, pranie i t. d., jeśli sobie życzy, za stósowną opłatą. Musi być członkiem zjednoczonych klubów, t. j. *Clubs Union*. Pod względem urządzenia i wykwintu nie ma nawet porównania z Cambridge i Oksfordem; kolegia londyńskie są jakby studenckimi hotelami Paryża, dla tego też i życie znacznie tańsze.

Prym trzymają między szkołami londyńskiemi przedewszystkiem *University Coll.* i *King's Coll.* Pierwsza instytucya jest właściwie jakby Uniwersytetem, którego też tytuł *The University of London* nosiła w czasie założenia w r. 1826. Dopiero w r. 1836 została wcielona w ogólny system naukowy jako *Univ. Coll.* Mieści się we wspaniałym gmachu przy *Gowers Street*, naprzeciw zaś stoi przynależny szpital. Na czele tej instytucyi stoi Prezydent, potem Wiceprezydent. Posiada trzy wydziały, t. j. filozofię (*Arts*) wraz z prawem, nauki przyrodnicze wraz z matematyką, inżynieryą i technologią, oraz medyczne. Każdy wydział ma swego dziekana i prodziekana (*Vice Dean*). Za mego pobytu dziekanem był prof. fizyologii Schäfer, prodziekanem zaś prof. Horsley.

Nader wszechstronną instytucyą jest *King's Coll.* przy *Strand'zie*. Posiada jedenaście oddziałów (*Departments*), jak teologię, literaturę powszechną, medycynę, inżynieryę, oddział techniczny, szkołę wieczorną, oddział służby cywilnej i t. d. Szpital położony jest niezupełnie w pobliżu, mianowicie przy *Fortland Street*.

Każdy z uczniów wstępujących do którejkolwiek szkoły medycznej, obowiązany jest przejść pewien wstępny egzamin. Medycy dla wpisu w akta registracyjne muszą składać też t. zw. *Preliminary Ex. in General Education*, z języka angielskiego, łaciny, matematyki i jakiegoś nowożytnego języka. Dalsze egzamina są już zawodowe. Po dwóch latach studyów można zdawać *The Intermediate Examination in Medicine* z anatomii, fizyologii z histologią, chemii organicznej, farmakologii i farmaceutycznej chemii. W dwa lata po nim można składać egzamin dla uzyskania stopnia *B. M.* z ogólnej patologii, terapii, higieny, chirurgii, medycyny, akuszeryi i med. sądowej. Dla uzyskania stopnia *Bachelor of Surgery* musi nadto kandydat przejść praktyczny kurs i egzamin z operacyj i anatomii chirurgicznej. *Master of Surgery* zostaje *B. C.* po dwuletnich studyach klinicznych lub pięcioletniej praktyce od uzyskania *B. M.*, lub też rocznej pracy klinicznej, albo dwu letniej praktyce od otrzymania *B. C.*; musi nadto składać egzamin z fizyologii psychologicznej w związku z psychiatryą i z chirurgią.

Stopień Doktora Medycyny można pozyskać po dwuletnich studyach lub 5. letniej praktyce po *B. M.* Trzeba nadto składać egzamin z psychologii w związku z psychiatryą oraz medycyny lub też higieny (*State medicine*). Zamiast egzaminu można też przedłożyć odpowiednią tezę.

Oprócz *University of London* egzaminują też i udzielają dyplomów *Royal Coll. of. Physicians* i *Surgeons*. Stopnie są *Licentiate* lub też *Member*. Przebieg egzaminów dość podobny do poprzednich; nie będę więc już dłużej się nad tem zastanawiał, by nie rozciągać tego suchego przedmiotu.

W innych szkołach angielskich tok jest podobny.

Z uniwersytetów Wielkiej Brytanii pierwszorzędną rolę odgrywa Wszechnica w Edymburgu, licząca samych studentów medycyny około 3000. Uniwersytet ten wyposażony bardzo dobrze, utrzymywany przez rząd, jest znacznie tańszy aniżeli angielskie. Systemem zbliża się więcej ku uniwersytetom na stałym lądzie. Czas studyów pięcioletni, egzamina podobne do opisanych powyżej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Lutego 1894 r.

— W dniu 21. b. m. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenie zwyczajne, na którem zostali przyjęci do Towarzystwa na członków czynnych: Dr. Szymonowicz Władysław i Dr. Lustig Salomon, na członków korespondentów: Dr. Zawadzki Józef z Warszawy i Dr. Misiewicz Michał z Niekłania. Po załatwieniu spraw administracyjnych miał kol. prof. Rydygier odczyt *z Chirurgii żołądka i jelit*, który ilustrował okazaniem wielu przypadków chorobowych z kliniki chirurgicznej (*resectio pylori*, *gastroenteroestomia*, *resectio intestini*). Chorzy ci, operowani w ciągu ostatnich 2-ch miesięcy przez prelegenta w klinice chirurgicznej, obecnie są zupełnie wyleczeni i opuszczają klinikę. Mówca podawszy przegląd krytyczny metod operacyjnych, opisał używane zazwyczaj przez siebie sposoby w operacyach żołądkowo-jelitowych. Kol. prof. Obaliński przedstawił nerkę wyciętą z powodu kamieni, kol. prof. Walentowicz okazał ciekawy przypadek promienicy u krowy. W dyskusyi brali udział kol. Bossowski i Bujwid.

W dyskusyi nad odczytem kol. Rościszewskiego przemawiali kol. prof. Korczyński, prof. Gluziński i Pelczar.

— W dniu 21. b. m. miał współpracownik naszego pisma, Dr. Leon Wachholz w *Collegium novum* wykład habilitacyjny z zakresu medycyny sądowej wśród nader licznego grona sfer nietylko lekarskich ale i prawniczych. Wykład ten jasny i treściwy przyjęli zgromadzeni hucznemi oklaskami.

— We wtorek dnia 27. Lutego o godz. 12-tej w południe w sali ginekologicznej szpitala św. Łazarza nastąpi odsłonięcie portretu ś. p. prof. Dra Madurowicza, wykonanego staraniem lekarzy szpitalnych.

— Dowiadujemy się, że Dr. Edmund Kowalski, specyalista w zakresie hidroterapii, wydzierżawił od właściciela hr. St. Genois na lat 20 zakład klimatyczny i hidropatyczny w Jaworzu (Ernsdorf) na Szląsku austryackim, gdzie dotąd przez lat kilkanaście był lekarzem ordynującym. Z wiosną otwiera on pensyonat we własnym domu o 23 pokojach, gdzie chorzy przez ciąg całego roku oprócz opieki lekarskiej znajdą wszelkie wygody na wzór zagranicznych sanatoryów klimatycznych. Dr. Kowalski zajął się już teraz lepszem urządzeniem mieszkań i zakładu hidropatycznego a nadto zniesieniem drogi, która dotąd szła środkiem prześlicznego parku, stanowiącego prawdziwą ozdobę Jaworza.

— *Annales de l'Institut Pasteur* zawierają w najnowszym zeszycie z 25. Stycznia r. b ciekawe zdanie sprawy Dr. Goldschmidta z epizoocyi wścieklizny u psów na Maderze. Jakkolwiek na wyspie tej, liczącej 25.000 ludności jest 12.000 (!) psów, nie widziano u nich nigdy wścieklizny do r. 1892. Psy te, oddane same sobie, żywią się, jak mogą i włóczą samopas po całej wyspie; gdyby przeto wścieklizna mogła powstać samodzielnie, nie ma wątpliwości, że w tych okolicznościach mogłaby się szerzyć swobodnie. Dopiero w połowie Czerwca 1892. rozeszła się po wyspie pogłoska, że nowa, nieznana choroba wybuchła między psami, pojawiając się wszakże nierzadko u kóz i kotów. W trzech miesiącach zginęło na nią 300 psów a 1000 podejrzanych o nią zabito. Po zbadaniu pokazało się, iż była to wścieklizna, której inkubacya trwała od 25 do 30 dni, sama zaś choroba zabijała zwierzęta po 4 do 5 dniach. Energiczne środki zaradcze uwolniły wyspę po 6 miesiącach od tej plagi.

Poszukiwanie początku tej epizoocyi wykryło, że z Lizbony przywieziono na Maderę w dniu 8 Maja 1892 psa, który zginął ze wścieklizny 23. Lipca t. r. po 8 dniach choroby. Goldschmidt zwraca uwagę na szybkość, z jaką w tym przypadku szerzyła się wścieklizna między psami na wyspie, i widzi w tem analogię do innych chorób zakaźnych, które pojawiając się po raz pierwszy w jakiej miejscowości występują nieraz bardzo gwałtownie. Tak było mianowicie z epidemią odry na wyspach Faroer i gruźlicą na wyspach Fidżi.

Z tej epizoocyi wnosi Goldschmidt, że 1) wścieklizna nie pojawia się samodzielnie, 2) że występuje bardzo gwałtownie w miejscowości po raz pierwszy przez siebie nawiedzonej, 3) że ją można wy-

gubić doszczętnie, zabijając wszystkie psy chore lub podejrzane, 4) że niekiedy kończy się wyzdrowieniem i 5) że inkubacya i trwanie wścieklizny są krótsze w epizoocyach ostrych. niż w przypadkach endemicznych.

— Bourneville, idąc za przykładem Bouchuta, zwraca ponownie uwagę na użycie termometru do odróżnienia śmierci pozornej od rzeczywistej. Z wielu jego spostrzeżeń wypada. że we wszystkich przypadkach w 12 do 14 godzin po śmierci spada temperatura wewnątrz zwłok (*centrale*) wyraźnie poniżej temperatury powietrza otaczającego, co zostaje w zgodzie z codziennem doświadczeniem uczucia zimna za dotknięciem się zwłok. Dla przekonania się o tym spadku temperatury najlepiej wprowadzić do odbytnicy na 4 do 5 cm. termometr dostatecznie czuły i zostawić go tam przez kwadrans. Pospolicie bywa tak: w 3 do 4 godzin temperatura wewnętrzna zwłok równa się temperaturze otaczającego je powietrza, później obniża się prędko; w końcu 6. do 8. godziny staje się o 10 do 12 stopni niższą od temperatury otaczającego powietrza. Spostrzeżenia te tyczą się zmian temperatury powietrza od 17 do 24 stopni.

— Najbliższy, 13. kongres dla medycyny wewnętrznej odbędzie się dopiero w roku przyszłym i to w Monachium.

— W Budapeszcie utworzyło się Towarzystwo laryngologiczno-otyatryczne.

— Komitet pierwszego międzynarodowego Zjazdu samarytańskiego, który miał odbyć się w roku bieżącym w Wiedniu, postanowił przyłączyć się z nim, jako osobną sekcyą, do międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego, odbyć się mającego we Wrześniu b. r. w Budapeszcie.

— W Tientsin w Chinach otwarto pierwszy w tem państwie wydział lekarski urządzony na modłę europejską i to angielską, liczący już 23 uczniów, rodowitych Chińczyków, którzy jednak wszyscy umieją po angielsku. Ponieważ ustawa krajowa nie pozwala na sekcye zwłok ludzkich, przeto do nauki używają uczniowie modeli z wosku. Na zalecenie zmarłego niedawno w Londynie słynnego profesora medycyny wewnętrznej Clarka, został dyrektorem szkoły, o której mowa, Anglik Dr. Heuston, który już jest w drodze do Chin i wiezie ze sobą wszystko, czego potrzeba do urządzenia pracowni w sposób jak najlepszy. Obecnie kieruje nauką Dr. Irwin i dwaj profesorowie, rodowici Chińczycy Lui i Chin.

— Międzynarodowa komisya sanitarna, odbywająca swe posiedzenia, jak wiadomo, w Paryżu, podzieliła się na dwie wielkie komisye techniczne, które zajmować się będą jedna stosunkami higienicznemi na wybrzeżach morza Czerwonego, druga organizacyą policyi lekarskiej w zatoce perskiej. Przewodniczącym pierwszej został hr. Kufstein, delegat austro-węgierski, sprawozdawcą jeneralnym prof. Pagliani, delegat włoski; przewodniczącym zaś drugiej prof. Brouardel, delegat francuski a sprawozdawcą Dr. Jakowlew, delegat rosyjski.

— W porażce wojska francuskiego pod Timbuktu w Afryce zginął lekarz wojskowy kolonialny Grall.

— Wędrowny Zjazd węgierskich przyrodników i lekarzy odbędzie się w b. r. w Pięciu Kościołach od 2. do 6. Lipca.

Redakcya otrzymała:

Fr. Giedroyć: Istota przymiotu. Kwestye sporne. Warszawa 1894. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Fr. Chłapowski: Przypadek utajonego przebiegu wrzodu żołądkowego. Poznań 1894. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

J. Pawiński: Ueber die Anwendung des Coffeins bei Herz- und Nierenkrankheiten. (Odbitka z *Zeitschrift für klinische Medicin*).

A. Jaworski: Rocznik farmaceutyczny. Tom II. Warszawa 1894.

L. Wachholz: Ueber Cyanmethaemoglobin und Cyanhaematin. (Odbitka z *Zeitschrift für Medizinalbeamte*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 69. **KONKURS.**

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Radłowie (w miejscu c. k. Sąd, c. k. Notaryat, apteka, c. k. Urząd podatkowy, administracya dóbr Radłowskich i t. p.). Roczna płaca stała 200 złr. i 100 złr. za oględziny bydła na targi i na rzeź. Podania wnosić należy do **10. Marca 1894** r.

Z urzędu gminnego. 74—3—2

Radłów, 29. Stycznia 1894.

Naczelnik gminy
Jan Maczyszyn.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach (pow. Biała).

Z powodu śmierci lekarza miejskiego rozpisuje niniejszem Zwierzchność miasteczka Wilamowice konkurs na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach z płacą roczną 200 złr., wolnem mieszkaniem i poborem opłat za oględziny zwłok i bydła. Posada powyższa może być natychmiast objętą. Podania należy wprost adresować do Zwierzchności gminnej, która i bliższych wiadomości udzielać będzie.

Wilamowice 14. Lutego 1894.

Kaleta m. p.
burmistrz.

75—3—1

Saxlehnera Woda Gorzka

Uznana za najlepszą naturalną wodę gorzką i przez lekarzy zalecana

Saxlehnera
„Hunyadi János“
Woda gorzka.



Saxlehnera
„Hunyadi János“
Woda gorzka.

ANDRZEJ SAXLEHNER W PESZCIE

Dostawca Dworu J. C. MOŚCI CESARZA I KRÓLA.

Rozbierana
przez
Liebiga,
Bunsena, Freseniusa,
Ludwiga.

Saxlehnera
Woda gorzka
używa
sławy światowéj
jako niedościgniona
w działaniu łagodnem,
jednostajnem
i pewnem.

Nabyć można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

„Jéj działanie szybkie i pewne, łagodne i umiarkowane, czuć się daje bez bólów i parcia, bez przykrego smaku, bez odbijania, bez następowego osłabienia“.

„**Jestto środek regulujący, a nie osłabiający**“.

„Dawka naturalna jest tak dokładna, że działanie czyszczące odbywa się po najmniejszéj ilości; szczęśliwa kombinacyja w stosunku mineralnych składników działających téj wody pozwala choremu obchodzić się z nią z łatwością; lekarzowi stopniować i urozmaicać działanie, stosownie do okoliczności i wskazań klinicz.“

(*L'Union médicale*, Paryż 19 kwietnia 1888).

„Istnieje tyle t. zw. „Ofner“ albo „węgierskich“ wód gorzkich **rozmaitéj jakości**, że koniecznem się staje **rozróżnienie** tych wód, a przy stosowaniu wybór **uznanéj**.

„Stosując wody gorzkie tego gatunku, zauważyliśmy, że woda gorzka **Hunyadi János** firmy **Saxlehnera** przez świetną **jednostajność i łagodność** w działaniu, posiada zalety, które w ordynacyi lekarskiéj wybór téj wody czyni polecenia godnym“.

(*Allgemeine Wiener Mediz. Zeitung*, 13 stycznia 1891).

»Stosowałem ją ze znakomitym skutkiem«.
(Bamberger.)

»Bardzo cenna.— Zawsze pewny szybki skutek«.
(Virchow.)

»Okazała się wyborną«.
(Korányi.)

Więcéj niż 400 świadectw powag lekarsk. wszelkich krajów poświadcza zalety téj wody.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzić mogącego naśladownictwa uprasza się przyjaciół i konsumentów prawdziwéj wody Hunyadi János, aby w składach zawsze wyraźnie żądali:

„Saxlehnera Wody Gorzkiéj“.

Należy uważać, aby etykieta i korek **prawdziwéj wody Hunyadi János** miały firmę:

„Andreas Saxlehner“.

6-4-1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.